

## Dotazník pro potřeby odškodnění ztížení společenského uplatnění (poškozený)

Pojistná událost číslo:

Datum vzniku úrazu:

Muž  Žena 

Jméno, příjmení

Rodné číslo

Adresa

Druh bydlení

(např. RD, panelák, s výtahem, patro)

Rodinný stav žijící  v manželství/soužití  svobodný, dovec/vdova, rozvedenýDěti  ne  ano, věkJste  pravák  levákDosažené vzdělání  základní  střední  střední s maturitou  vysokoškolské

Původní zaměstnání (před úrazem)

Současné zaměstnání  
(profese/pracovní zařazení)

Závažná onemocnění před úrazem

Utrpěné úrazy (diagnóza a rok)

Předchozí úrazy zanechaly trvalé následky  ne  ano jaké

Provozoval/a jste před úrazem sportovní aktivity, které v důsledku úrazu nemůžete provozovat (vyjmenujte a uveďte, zda rekreačně X výkonnostně):

Provozoval/a jste před úrazem společenské aktivity, které po úrazu nemůžete provozovat (vyjmenujte a uveďte, zda zájmově X profesionálně):

Další činnosti, které po úrazu nemůžete vykonávat:

Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával při šetření škodní události údaje o mém zdravotním stavu u všech lékařů a zdravotních zařízení, kde jsem se léčil/a.

V

dne

Podpis zraněného

**Zpráva ošetřujícího lékaře pro účely odškodní ztížení společenského uplatnění**

Pojistná událost číslo:

Datum vzniku úrazu:

Jméno, příjmení

Rodné číslo

**1. Popis objektivních příznaků a přesný popis poruchy funkcí těch částí lidského organismu, které byly úrazem poškozeny (trvalé následky):****a) omezení hybnosti kloubu - který kloub byl poškozen?**

Vyjádřete, prosím, omezení ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub (vyplní odborný lékař - ortoped, chirurg, rehab. lékař)

Flexe	L	P	Extenze	L	P
Zevní rotace	L	P	Vnitřní rotace	L	P
Abdukce	L	P	Addukce	L	P
Pronace	L	P	Supinace	L	P

Při poranění kloubů ruky uveďte nedovření do dlaně v cm:

Jiné údaje:

**b) v případě jizev uveďte jejich přesnou lokalizaci, délku či plochu, tvar a charakter:**  normální  hypertrofická  keloidní**c) ostatní trvalé následky:****2. Nastaly zjištěné změny výlučně úrazem?**  ano  ne**3. Mají vliv na celkový rozsah trvalých následků choroby s úrazem nesouvisející? Když ano, tak jaké? (např. diabetes mellitus, hemat. onemocnění apod.)****4. Byla poraněna končetina nebo orgán již před úrazem poškozen/a? Kdy a v jakém rozsahu?****5. Je skončeno léčení úrazu a je současný zdravotní stav ustálen? Když ne, tak uveďte diagnózu:****6. Ostatní zdravotní sdělení ošetřujícího lékaře:****7. V nezbytných případech prosíme o splupráci při zapůjčení RTG snímků pro potřeby posouzení trvalých následků odborným lékařem pojišťovny. Poskytněte, prosím, klientovi fotokopie posledních odborných nálezů, aby nám je mohl odeslat společně s tímto formulářem.**

Adres zdravotního zařízení, telefon

V

dne

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře