

## Lékařská zpráva pro odškodnění za vytrpěné bolesti

Formulář vypracovaný v souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí - 10. revize - na základě úplných písemných informací předaných ošetřujícími lékaři, kteří se zúčastnili léčení poškozeného.

1. Úraz ze dne: \_\_\_\_\_

### 2. Zraněný

Příjmení: \_\_\_\_\_ Jméno: \_\_\_\_\_ Titul: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Povolání: \_\_\_\_\_

3. Vstoupil do léčení dne: \_\_\_\_\_

4. Práce neschopen od: do: \_\_\_\_\_

5. Léčení skončeno dne: \_\_\_\_\_

6. Příčina úrazu podle popisu zraněného: \_\_\_\_\_

### 7. Souhlas zraněného

Souhlasím s tím, aby za účelem vyřizování pojistné události Česká pojišťovna a.s., zapsaná v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, oddíl B, vložka 1464, IČ: 45272956 (dále jen „ČP“), zpracovávala ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen „zákon“), mé osobní údaje v rámci pojišťovací činnosti a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností, a to po dobu nezbytně nutnou. Poskytnuté údaje bude zpracovávat ČP nebo zpracovatel registrovaný Úřadem pro ochranu osobních údajů v souladu s ustanovením § 16 zákona. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádně informován/a o zpracování mých osobních údajů, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů. **V případě, že si poškození zdraví vyžádalo hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení případně ambulantní ošetření, tvoří přílohu posudku fotokopie propouštěcí zprávy, resp. zprávy o ambulantním ošetření, o níž poškozený tímto v souladu s ust. § 65 zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování žádá.**

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Podpis zraněného nebo zákonného zástupce \_\_\_\_\_

### 8. Utrpěná zranění

poř. č.	kód dle MKN-10	klasifikace poškozeného zdraví
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

Škodní událost č.: \_\_\_\_\_

**9. Další informace o průběhu léčení**

**10. Byl zraněný před úrazem zdrav?**

ANO / NE \*

**11. Jakou chorobou trpěl?** \_\_\_\_\_

**12. Měl předchozí stav vliv na vznik úrazu?**

ANO / NE \*

**Měl předchozí stav vliv na následky úrazu?**

ANO / NE \*

**13. Stal se úraz v opilosti?**

ANO / NE \* (uvedte promile alkoholu)

**14. Lze předpokládat, že úraz zanechá trvalé následky?**

ANO / NE \* Uveďte jaké:

\* Nehodící se škrtněte

**15. Vyhotoveno**

V \_\_\_\_\_

dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Jmenovka a podpis lékaře,  
který posudek zpracoval

\_\_\_\_\_  
Podpis vedoucího a razítko zdravotnického  
zařízení, které posudek vydává