

Pojištěný

Jméno, příjmení pacienta, rok narození

Zpráva ošetřujícího lékaře

Důvod léčení	<input type="text"/>
Diagnóza Kód dle MKM-10	<input type="text"/>
Podrobný popis léčby	<input type="text"/>
Komplikace při léčbě	<input type="text"/>
Předepsaná rehabilitace	od <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/> do <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/> kde <input type="text"/> způsob rehabilitace <input type="text"/> jak často <input type="text"/> ustálení zdrav. stavu <input type="text"/>
Existují onemocnění, která mohla nebo ovlivnila délku léčení? (cukrovka, epilepsie ap.)	<input type="text"/>
U žen gravidita	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Termín porodu <input type="text"/>
V důsledku uvedené diagnózy vystaven doklad o pracovní neschopnosti:	číslo: <input type="text"/> na dobu od <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/> do <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/> nástup do práce <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/>

V dne Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

Potvrzení o hospitalizaci (vystavuje ošetřující lékař v příslušné nemocnici) *Pro stanovení nároku na pojistné prosíme o vyplnění tohoto formuláře a o kopii propouštěcí zprávy.*

Místo hospitalizace	<input type="text"/>
Datum přijetí	<input type="text"/> 2 0 <input type="text"/>
Datum propuštění	<input type="text"/> 2 0 <input type="text"/>
Diagnóza Kód dle MKM-10	<input type="text"/>
Popis léčby	<input type="text"/>
Hospitalizace v důsledku nemoci	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Hospitalizace v důsledku úrazu	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

V dne Razítko a podpis lékaře, razítko nemocnice