

## Potvrzení lékaře – trvalé následky úrazu

Upozornění pro lékaře: Zprávu vyplňuje praktický lékař nebo nemocnice:

- prosíme o **čitelné** vyplnění všech údajů;
- pokud na některé níže uvedené dotazy odpovídáte ano nebo ne, označte platnou odpověď křížkem.

Za vyplnění Zprávy ošetřujícího lékaře uhradíte lékaři jím požadovanou částku (podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na Vaši žádost). Náklady za vyplnění tohoto formuláře nese pojištěný.

Potvrzení spolu s dalšími přílohami zašlete na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.**

### ÚDAJE O PACIENTOVI

Příjmení a jméno:

Rodné číslo: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

### ÚDAJE K ÚRAZU A TRVALÝM NÁSLEDKŮM

Jaké trvalé následky úraz ze dne |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| zanechal?

Nastaly zjištěné změny výlučně úrazem?:  Ano  Ne

1. Popis objektivních příznaků a přesný popis poruchy funkcí, těch částí lidského organismu, které byly úrazem postiženy.

**a) Omezení hybnosti kloubu – který byl postižen?**

Vyjádřete, prosím, omezení ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub (vyplní odborný lékař – ortoped, chirurg, rehabilitační 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 prstů ruky uveďte nedovření prstů do dlaně v cm; popřípadě nemožnost jejich natažení:

Viklavost kloubu:

**b) Jizvy** - uveďte jejich přesnou lokaci, délku či plochu, tvar a charakter:  normální  hypertrofická  keloidní

V případě plošných jizev uveďte současně: váha poraněného: |\_|\_|\_| kg    výška: |\_|\_|\_| cm

**c) Ostatní trvalé následky**

2. Mají vliv na celkový rozsah trvalých následků choroby s úrazem nesouvisející? Když ano, tak jaké? (např. diabetes mellitus, hemat. onemocnění apod.)

3. Byla poraněná končetina nebo orgán již před úrazem postižen/a? Pokud ano, uveďte kdy a v jakém rozsahu?

4. Je skončeno léčení úrazu a je současný zdravotní stav ustálen? Když ne, tak popište rozsah.

5. Ostatní zdravotní sdělení ošetřujícího lékaře.

6. Dále Vás žádáme o spolupráci při zapůjčení RTG snímků pro potřeby posouzení trvalých následků odborným lékařem Komerční pojišťovny, a. s. Poskytněte prosíme, klientovi fotokopie posledních lékařských odborných nálezů, aby nám je mohl odeslat s tímto formulářem.

#### ÚDAJE O LÉKAŘI

Datum vystavení: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

\_\_\_\_\_  
Razítko nemocnice / lékaře

\_\_\_\_\_  
Podpis lékaře