

Potvrzení ošetřujícího lékaře o nutnosti nezbytného ošetřování pojištěné osoby

Upozornění pro lékaře: Zprávu vyplňuje lékař:

- 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 pojištěného dítěte:

Datum narození: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Rodné číslo: |_|_|_|_|_|_|/|_|_|_|_|

Bydliště pojištěného dítěte:

ÚDAJE O OŠETŘOVÁNÍ POJIŠTĚNÉ OSOBY

Datum úrazu / nemoci:

Kód diagnózy podle MKN-10

Místo úrazu:

Popište okolnosti **úrazu a zranění**, které dítě utrpělo. V případě **nemoci** popište průběh:

K prvnímu lékařskému ošetření došlo dne:

Onemocněl/a a jeho/její stav vyžaduje nezbytné ošetřování jinou osobou

ode dne: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Potřeba ošetřování **skončila dne**: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Datum příští kontroly v případě, že doba nezbytného ošetřování zatím trvá: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Při prodloužení obvyklé doby léčeni uveďte důvody (komplikace od – do)

ÚDAJE O LÉKAŘI

Jméno a adresa lékaře / zdravotnického zařízení:

Jiná sdělení lékaře:

Místo a datum

Razítko a podpis lékaře