



Hodnocení bolestného

Formulář vyplňte v souladu s nařízením vlády číslo 276/2015 Sb., o odškodňování bolesti a ztížení společenského uplatnění způsobené pracovním úrazem nebo nemocí z povolání, v platném znění (dále jen nařízení), na základě lékařských zpráv a nálezů poskytovatelů zdravotních služeb, kteří se podíleli na léčbě poškozeného.

Číslo škodní události* Poškození zdraví ze dne Číslo pojistné smlouvy

* vyplňte, pokud máte číslo k dispozici

Poškozený	
příjmení, jméno, titul <input type="text"/>	rodné číslo <input type="text"/>
Adresa trvalého bydliště	
ulice <input type="text"/>	číslo popisné / orientační <input type="text"/> telefon <input type="text"/>
obec – část obce <input type="text"/>	PSČ <input type="text"/>
e-mail <input type="text"/>	
povolání <input type="text"/>	
Korespondenční adresa (vyplňte pouze v případě, je-li adresa odlišná od adresy trvalého bydliště)	
příjmení, jméno, titul <input type="text"/>	ulice <input type="text"/> číslo popisné / orientační <input type="text"/>
obec – část obce <input type="text"/>	PSČ <input type="text"/> příjmení, jméno, titul <input type="text"/>
	na této adrese u <input type="text"/>

Prohlášení poškozeného

Prohlašuji, že jsem byl informován o zpracování osobních údajů potřebných pro šetření škodní události. Podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na www.generalicekska.cz v sekci Osobní údaje a v obchodních místech pojišťovny. Zavazuji se, že bezodkladně oznámím změny osobních údajů.

Důležité upozornění

V případě, že si poškození zdraví vyžádalo hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, případně ambulanci ošetření, tvoří přílohu posudku fotokopie propouštěcí zprávy, případně zprávy o ambulantním ošetření, o níž poškozený tímto žádá v souladu s ustanovením § 65 zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Podpis poškozeného nebo zákonného zástupce

datum místo jméno, příjmení a podpis poškozeného nebo zákonného zástupce

VYPLŇUJE LÉKAŘ

Lékař
příjmení, jméno, titul <input type="text"/>
adresa poskytovatele zdravotních služeb <input type="text"/>

Doba léčeni a pracovní neschopnosti související s poškozením zdraví

zahájení léčeni ukončení léčeni pracovní neschopnost od pracovní neschopnost do

Příčina poškození zdraví podle popisu poškozeného

<input type="text"/>



Odhodnocení

poř. číslo	položka	poškození zdraví	počet bodů	Zvýšení ohodnocení bolesti	
				komplikace § 6 odst. 1 písm. a) %	náročný způsob léčeni § 6 odst. 1 písm. b) %
1.				body	body
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
součet					
bodové ohodnocení celkem					

Postup ohodnocení včetně odůvodnění případného zvýšení dle § 6 odst. 1

Doplňující údaje (oznate proum odpovídající variantu)

Byl zraněný před úrazem zdraví?
 Jakou chorobou trpěl?

ANO NE

Měl předchozí stav vliv na vznik úrazu?

ANO NE

Měl předchozí stav vliv na následky úrazu?

ANO NE

Stal se úraz po požití alkoholu nebo pod vlivem jiných návykových látek?

ANO NE

Lze předpokládat, že úraz zanechá trvalé následky? (pokud ano, uveďte jaké)

ANO NE

Podpis lékaře

datum

místo

e-mail

telefon

podpis, razítko zdravotnického zařízení a jméno lékaře, který zprávu zpracoval