



## Trvalé následky úrazu

Na tomto formuláři lze uplatnit právo na pojistné plnění za **trvalé následky úrazu**, které lze hodnotit nejdříve **po jejich ustálení, nejpozději však ke 3 rokům od úrazu. Vyplňte části B. až D.** – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a **předejte k vyplnění části E. svému ošetřujícímu lékaři** z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru trvalých následků – např. ortopedie, traumatologie. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí** (podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, jde o výkon provedený v osobním zájmu a na žádost fyzické osoby, který není hrazen ze zdravotního pojištění).

### A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Templová 747, 110 01 Praha 1, Česká republika  
IČ 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

### B. POJIŠTĚNÝ

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul
Adresa trvalého pobytu/bydliště		PSČ	
Ulice (místo), číslo popisné/orientační			
Obec – dodací pošta		<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód <sup>1)</sup>	
E-mail	Mobilní telefon	Telefon	

<sup>1)</sup> Není-li vyplněno, platí stát ČR.

### C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
Číslo pojistné události	Číslo pojistné události	Číslo pojistné události	Číslo pojistné události

### D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

**Pojistné plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností<sup>2)</sup>):**

<input type="checkbox"/> Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol
<input type="checkbox"/> Pojistnou smlouvu č.	<input type="checkbox"/> Jinou adresu	Jméno, příjmení/Název
<input type="checkbox"/> Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B.	Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec	
<input type="checkbox"/> Korespondenční adresu uvedenou v pojistné smlouvě		

Náleží-li pojistné plnění nezletilé osobě nebo osobě, jejíž způsobilost k právním úkonům je omezena, uveďte údaje o jejím zákonném zástupci.

<sup>2)</sup> Platnou variantu označte křížkem  (platí i v ostatních kolonkách s možností více variant).

Datum

2011

Podpis pojištěného (oprávněné osoby)

Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) způsobilý k právním úkonům

### E. ZPRÁVA LÉKAŘE

#### Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba). Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtisknutých kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

Údaje o úrazu	Datum úrazu	Místo úrazu
Podrobný popis průběhu a okolností úrazu, jak je uvedl pojištěný:		
Co udal pojištěný jako příčinu úrazu:		
Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření (uveďte datum, název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře):		
Diagnóza tělesného poškození způsobeného úrazem:	Kód diagnózy podle MKN - 10	

#### Zdravotní stav pojištěného před úrazem (anamnéza)<sup>2)</sup>

Bylo tělesné poškození způsobeno výlučně uvedeným úrazem?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ne, uveďte jaké zdravotní obtíže či nemoc se podílely na vzniku tělesného poškození:
Byla poraněná část těla nebo orgán již před úrazem postiženy?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte jak a v jakém rozsahu:
Trpí pojištěný některou ze závažnějších nemocí (např. cukrovka, onemocnění pohybového ústrojí)?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte jakou a odkdy:
Utrpěl pojištěný před tímto úrazem jiný úraz?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte rok vzniku úrazu, diagnózu, jak a kde byl úraz léčen a jaké následky zanechal:

<sup>2)</sup> Platnou variantu označte křížkem  (platí i v ostatních kolonkách s možností více variant).

**Léčení tělesného poškození způsobeného úrazem**

Podrobně popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a těžkých podvrtnutí udejte dobu pevné fixace):

.....

Kde a kdy byl poraněný hospitalizován?

od | | | | | | | | | | | | | | | | | | do | | | | | | | | | | | | | | | |

Operace (operační název - přiložte prosím kopii operačního protokolu):

.....

Kde byl poraněný léčen? Uveďte název a adresu všech zdravotnických zařízení, jména lékařů a datum od - do:

.....

Je plánováno další léčení poraněného? Uveďte jaké (např. rehabilitace, operace, odstranění osteosyntetického materiálu, plastika vazů):

.....

Je léčení poraněného skončeno?  Ano  Ne

Zanechal-li úraz poraněnému trvalé následky, jsou ustáleny?  Ano  Ne

Pokud nejsou ustáleny, uveďte důvod:

.....

**Hodnocení trvalých následků úrazu**

**Lékař potvrzuje, že u pojištěného**

Rodné číslo 	Příjmení	Jméno	Titul
-----------------	----------	-------	-------

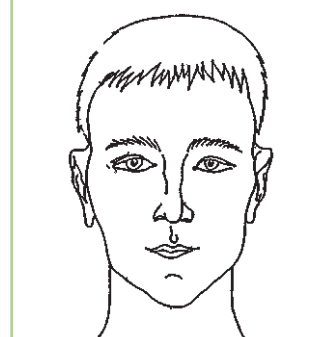
**zjistil trvalé následky tohoto druhu a rozsahu:**

Subjektivní potíže udávané pojištěným:

.....

Objektivní nález (u jizev v obličeji uveďte jejich podrobný popis - délku v cm, plochu v cm<sup>2</sup> nebo zakreslete na obrázku):

.....



Pojištěný je  pravák  levák

<b>PHK</b>	<b>LHK</b>
<b>PDK</b>	<b>LDK</b>

**Při poranění končetin uveďte**  
popis osy končetiny, které pohyby jsou omezeny, omezení hybnosti kloubu (lehký, střední, těžký stupeň).

**Při poruše úchopové funkce HK uveďte**  
kolik cm chybí do úplného sevření do dlaně, nemožnost natažení v cm.

**Při poranění DK uveďte**  
délku obou končetin, stabilitu kloubu - Lachman, viklavost kloubu, pronaci, supinaci, hypotrofii svalstva (srovnání s druhou DK), menisektomií (částečnou, úplnou)

Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře

Ulice (místo), číslo popisné/orientační	Obec - dodací pošta	PSČ 
---	---------------------	---------

Název oddělení	Číslo oddělení	Telefon 
----------------	----------------	-------------

Datum  
| | | | | 2 0 1 | | | | |

.....  
Razítko a podpis lékaře