



LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – INVALIDITA 2. NEBO 3. STUPNĚ

Dotazník nechte prosím vyplnit ošetřujícím lékařem. Od Vás potřebujeme podepsaný souhlas, který najdete na druhé straně tohoto dotazníku. Bez Vašeho souhlasu nebude totiž pojišťovna moci pojistnou událost vyřešit.

Část, kterou vyplní Váš ošetřující lékař

Jméno a příjmení pacienta: Rodné číslo:

Příčinou invalidity 2. nebo 3. stupně byl/a: Úraz Nemoc

Jaké je, prosím, datum přiznání invalidity 2. nebo 3. stupně:.....

Jaké jsou veškeré diagnózy (v souladu MKN10), které vedly k invaliditě 2. nebo 3. stupně.

Diagnóza	Den, kdy byla u pacienta diagnostikována poprvé
1.	
2.	
3.	

Pokud se pacient s uvedenou diagnózou už někdy léčil, napište, prosím, datum léčby:

Uvedte, prosím, etiologii výše vypsanych diagnóz (pokud se jedná o úrazovou etiologii, popište úrazový děj):

1. diagnóza	
2. diagnóza	
3. diagnóza	

Předcházela invaliditě 2. nebo 3. stupně pracovní neschopnost? Ano Ne

Od..... Do..... Diagnóza:

Došlo k pojistné události pod vlivem alkoholu nebo omamných látek? Ano Ne

Byl příčinou pojistné události pokus o sebevraždu? Ano Ne

Byl pacient před přiznáním invalidity 2. nebo 3. stupně v invalidním důchodu? Ano Ne

Datum přiznání invalidního důchodu: Datum odebrání invalidního důchodu:

Diagnóza:

Byl pacient před přiznáním invalidity 2. nebo 3. stupně v trvalé lékařské péči kvůli jinému chronickému onemocnění? Pokud ano, uveďte prosím diagnózu a datum, kdy byla u pacienta diagnostikována poprvé:

Děkujeme Vám, že jste dotazník vyplnili pečlivě a že v něm nic nechybí.

V..... dne.....Razítko a podpis ošetřujícího lékaře



**BNP PARIBAS
CARDIF**

air/bank
ČLEN SKUPINY PPF

Část, kterou vyplníte Vy

Pečlivě si text přečtěte, a pokud s ním souhlasíte, podepište ho. Děkujeme.

Souhlasím s tím, že pojišťovna má právo zjišťovat a přezkoumávat údaje o mém zdravotním stavu. Proto si také může vyžádat mou zdravotní dokumentaci.

Souhlasím také s tím, že informace, které v tomto dotazníku ošetřující lékař vyplnil, budou poskytnuty pojišťovně nebo jí pověřené osobě za účelem pojišťovací činnosti a šetření mé pojistné události.

Zbavuji proto svého ošetřujícího lékaře a zdravotnické zařízení mlčenlivosti.

Zároveň jim dávám právo poskytnout údaje o mém zdravotním stavu a moji lékařskou dokumentaci pojišťovně nebo osobě, kterou pojišťovna pověří.

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Datum narození:

Jméno a příjmení lékaře:.....

Adresa lékaře:.....

.....

Podpis: Datum:

Pokud Vás vyplnění lékařského dotazníku něco stálo, pošlete kopii účtenky nebo faktury pojišťovně. Děkujeme.