

Vychádzky	odo dňa			
	od	do	od	do
Zmena vychádzok	odo dňa			
	od	do	od	do
Predošlá liečba rovnakého ochorenia/postihnutie poranenej časti pred úrazom	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie		
	Ak áno, kedy?			
Vplyv alkoholu	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	%o toxických látok	
Prvé lekárske ošetrovanie (miesto, dátum)				
Prvé príznaky ochorenia/ opis úrazu (vrátane dátumu)				
Opis priebehu liečby (vrátane komplikácií)				
Konečná diagnóza				
Dátum ošetrovania				
Dátum budúcej kontroly				
Predpoklad trvania PN				
Schopný práce od				

Čestne vyhlasujem, že som pravdivo odpovedal na úplne všetky zadané otázky a som si vedomý dôsledku nepravdivých odpovedí.

Miesto:

Dátum:

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

Poistovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa a v pobočkách poisťovateľa.

VYPLNÍ LEKÁR V PRÍPADE DLHODOBEJ PRÁČENESCHOPNOSTI

Opis priebehu liečby (vrátane komplikácií)				
Konečná diagnóza				
Dátum ošetrovania				
Dátum budúcej kontroly				
Predpoklad trvania PN				
Schopný práce od				

Čestne vyhlasujem, že som pravdivo odpovedal na úplne všetky zadané otázky a som si vedomý dôsledku nepravdivých odpovedí.

Miesto:

Dátum:

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára