

Oświadczenie Lekarza Prowadzącego w przypadku inwalidztwa Ubezpieczonego

(F 07)



Informacja dla Lekarza

Prosimy o:

- a/ odrębne wypełnienie niniejszego formularza,
- b/ stosowanie nazw zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych,
- c/ unikanie sformułowań niejednoznacznych.

W przypadku chirurgicznym proszę określić rodzaj przeprowadzonej operacji oraz chorobę lub stan pacjenta będące wskazaniem do jej wykonania. W przypadku nowotworu proszę podać jego nazwę oraz narząd będący ogniskiem pierwotnym. Jeżeli w którejkolwiek rubryce brakuje miejsca, prosimy podać wszelkie istotne szczegóły w wolnym miejscu na odwrocie.

Podstawa prawna: art. 8a ustawy z dnia 28 lipca 1990 roku o działalności ubezpieczeniowej, art. 18 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408 z późn. zmianami) oraz art. 31 ust. 1, 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza (Dz. U. Nr 28, poz. 152)

Dane pacjenta

Imię i nazwisko

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dane dotyczące historii choroby/urazu

1. Proszę określić datę wystąpienia obecnych obrażeń/objawów choroby

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

2. Proszę wymienić i dokładnie opisać jakich obrażeń pacjent doznał w czasie wypadku lub podać nazwę choroby i jej przebieg:

3. Proszę podać datę udzielenia przez Pana/Panią pierwszej porady lekarskiej w związku z wystąpieniem obecnych obrażeń ciała lub choroby pacjenta

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

4. Czy przed wypadkiem u pacjenta stwierdzono jakiegokolwiek ułomności fizyczne?

TAK, w postaci:

NIE

5. Czy wcześniej pacjent cierpiał na jakiegokolwiek choroby, w szczególności zawał serca, zaburzenia psychiczne, padaczkę, cukrzycę, stwardnienie rozsiane lub inne?

TAK, w postaci:

NIE

6. Czy wymienione powyżej schorzenia lub ułomności fizyczne przyczyniły się do spowodowania wypadku lub przedłużenia obecnej niezdolności do pracy?

TAK, proszę podać w jakim zakresie:

NIE

7. Proszę wyszczególnić okresy leczenia:

szpitalnego:

od do

od do

ambulatoryjnego:

od do

w domu:

od do

8. Czy pacjent był operowany?

NIE

TAK

Jeśli TAK, proszę podać szczegóły:

Stopień i czas trwania inwalidztwa

1. Czy doznane obrażenia/stan chorobowy spowodowały całkowitą i nieodwracalną utratę funkcji części lub całości narządu lub kończyny?

NIE

TAK, proszę szczegółowo i dokładnie opisać, które części narządów lub kończyn zostały amputowane lub jakie ich funkcje uległy utracie:

2. Czy możliwa jest poprawa obecnego stanu zdrowia pacjenta?

NIE

TAK, za pomocą:

3. Zakres niezdolności do pracy i rokowanie:

a/ Od kiedy pacjent jest całkowicie niezdolny do wykonywania swojej pracy zawodowej od do

b/ Od kiedy pacjent jest częściowo niezdolny do wykonywania swojej pracy zawodowej od do

c/ Czy stan zdrowia pacjenta umożliwia podjęcie jakiegokolwiek pracy lub prowadzenia działalności gospodarczej lub rokuje taką możliwość?

NIE, proszę szczegółowo uzasadnić

TAK, proszę określić orientacyjny termin

Oświadczenie

Oświadczam, że zgodnie z moim przekonaniem i wiedzą powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące.

Miejscowość

Pieczęć i podpis lekarza

Adres i nr telefonu

Data