

Proszę wypełnić formularz odręcznie lub elektronicznie, drukowanymi literami.  
Nie należy używać długopisu z czarnym wkładem.

Imię i nazwisko ubezpieczonego

Numer PESEL

Data doznania obrażenia / pierwszych objawów choroby

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	godzina
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---------

Miejsce, w którym doszło do obrażenia

Pierwsza wizyta u lekarza w związku z obrażeniem/chorobą miała miejsce dnia

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	godzina
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---------

Nazwisko lekarza i adres placówki opieki zdrowotnej

Diagnoza obrażenia / choroby łącznie z kodem ICD-10

Szczegółowy opis uszkodzeń ciała spowodowanych obrażeniami, na przykład w wypadku rany – długość i umiejscowienie, w wypadku poparzeń zakres i stopień, w wypadku złamań pełna charakterystyka (złamanie podokostnowe, nadłamanie bez przemieszczenia, kości śródstawowej piętowej); w przypadku poranienia zębów numer zęba i czy doszło do jego utraty lub umartwienia, w przypadku choroby prosimy opisać pierwsze objawy i przebieg:

W przypadku stłuczeń i zniekształceń proszę wymienić, do którego z dalej wymienionych uszkodzeń doszło – naruszenie więzadeł stawowych, krwawienie dotkankowe, naruszenie stabilności stawów, obrzęk, łącznie z okresem trwania.

Wyniki badania RTG z opisem lub inne badania specjalistyczne (CT, MR, MRI, histologia, ...) – proszę o załączenie kopii raportu lub opisanie wyników badań:

Opis sposobu badania / leczenia (data i rodzaj operacji, komplikacje itp.):

Hospitalizacja od

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	do
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----

Gdzie

W przypadku przedłużenia zwykłego okresu leczenia proszę wymienić przyczyny (komplikacje od/do):

Niezdolny do pracy od

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	do
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----

Okres niezbędnego leczenia od

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	do
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----

do

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Zwolnienie lekarskie lub zaświadczenie o niezdolności do pracy wydał (nazwisko lekarza):

Data wydania

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Proszę uzupełnić również następną stronę



0211091WP0530615

Przyczyna obrażenia podana wg oświadczenia ubezpieczonego po pierwszym zbadaniu przez lekarza:

Czy obrażenia cieleśne odpowiadają okolicznościom opisanym przez ubezpieczonego?

tak  nie

Czy przyczyną obrażenia było samookaleczenie? Jeżeli tak, proszę wymienić szczegóły:

tak  nie

Czy obrażenie było przedmiotem dochodzenia policyjnego?

tak  nie

Czy obrażenie pozostawiło lub pozostawi trwale skutki?

Jeżeli tak, proszę wymienić zakres (ograniczenie ruchomości stawów w stopniach lub procentach i porównanie stron)  
W przypadku blizny na twarzy prosimy określenie jej długości i wyglądu.

tak  nie

W przypadku zranienia kończyny górnej prosimy wymienić, czy ubezpieczony jest

praworęczny  leworęczny

Czy zraniona część ciała była przed doznaniem obrażenia uszkodzona? Czy ubezpieczony doznał takiego samego lub podobnego obrażenia / przeszedł przez taką samą lub podobną chorobę w przeszłości?

Jeżeli tak, proszę wpisać datę i opis poprzedniego obrażenia lub choroby:

tak  nie

Czy ubezpieczony cierpiał na chorobę lub z powodu wady ciała, które wpłynęły na sposób leczenia obrażenia lub na jego wyniki (osteoporoza, nowotwór, cysta itp.)?

Czy ubezpieczony znajdował się w chwili, kiedy doszło do obrażenia pod wpływem alkoholu lub innych substancji odurzających?

Czy choroba ma związek ze spożywaniem alkoholu lub substancji odurzających? Jeżeli tak, proszę szczegółowo opisać objawy, promile alkoholu we krwi itp.

tak  nie

Jeżeli ubezpieczonemu została przyznana grupa inwalidzka, proszę o podanie daty przyznania, grupy i przyczyny (podstawowa diagnoza wg Decyzji o przyznaniu grupy inwalidzkiej):

Inne uwagi lekarza:

W przypadku hospitalizacji należy załączyć raport o przebiegu leczenia szpitalnego.

Nazwisko lekarza, adres placówki opieki medycznej, telefon, email:

Data, pieczęćka i podpis lekarza

**Informacje dodatkowe**