

ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

Jméno pojištěného: Rodné číslo:

Důvod zrušení cesty:

Souhlasím, aby můj lékař odpověděl na otázky revizní lékařky Evropské Cestovní Pojišťovny o zdravotních potížích, které jsou důvodem ke zrušení cesty. **Zbavuji lékaře, který mi poskytl péči, mlčenlivosti a žádám ho o vydání lékařské zprávy.** Souhlasím, aby v případě, kdy nelze z dodané zprávy stav posoudit, byl vyžádán individuální účet zdravotní pojišťovny či pořízena fotokopie zdravotní dokumentace.

Jméno pojištěného nebo zákonného zástupce (vyplňte tiskacím písmem): Podpis: Datum:

Jméno pacienta: Rodné číslo:

Jméno lékaře: Telefon:

Jste stálým lékařem uvedeného pacienta? ☐ ano ☐ ne Od kdy:

Datum onemocnění: Od - do:

Hospitalizace (přiložte kopii propouštěcí zprávy): ☐ ano ☐ ne Od kdy:

Diagnóza:

Kód diagnózy dle MKN - 10:

Těhotenství: ☐ ano ☐ ne Datum vydání těhotenského průkazu: Termín porodu:

Popis onemocnění/úrazu:

Způsob léčby:

Předpokládaná doba léčení:

Měl již pacient dříve obtíže, které jsou důvodem ke zrušení cesty? ☐ ano ☐ ne

Kdy - jaké:

Vyžaduje onemocnění upoutání na lůžko? ☐ ano ☐ ne

Byl pacient v pracovní neschopnosti? ☐ ano ☐ ne Od - do:

Číslo průkazu pracovní neschopnosti: Vydán dne:

Jiná onemocnění:

Razítko a podpis lékaře: