

## LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – INVALIDITA III. STUPNĚ

### vyplní ošetřující lékař

Prosíme o vyplnění následujících otázek. Za validní je považován pouze kompletně vyplněný zdravotní dotazník. Náklady spojené s vyplněním tohoto dotazníku hradí klient, který může proplacení pokladního dokladu uplatnit u BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s.

Jméno a příjmení:	Rodné číslo:
Příčina invalidity III. stupně:	Úraz <input type="checkbox"/> Nemoc <input type="checkbox"/>
Uveďte, prosím, datum přiznání invalidity III. stupně:	
Uveďte, prosím, diagnózy (v souladu s MKN10), na základě kterých byla pacientovi přiznána invalidita III. stupně (včetně data prvotního záchytu v minulosti):	
Diagnóza dle MKN 10:	Datum prvního záchytu:
1.	
2.	
3.	
Uveďte, prosím, etiologii výše uvedených onemocnění (pokud se jedná o úrazovou etiologii, prosím uveďte úrazový děj):	
Uveďte, prosím, data předchozího léčení výše uvedených diagnóz:	
Předcházela invaliditě III. stupně pracovní neschopnost?	Od..... Do..... Dg.: .....
Došlo k pojistné události pod vlivem alkoholu či omamných látek?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
Byl příčinou pojistné události pokus o suicidium?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
Byl pacient před přiznáním invalidity III. stupně v invalidním nebo starobním důchodu?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
Datum přiznání ID:	Datum odebrání ID:      Dg.:
Je/byl pacient před přiznáním invalidity III. stupně v trvalé lékařské péči pro jiné chronické onemocnění? Pokud ano, uveďte prosím diagnózu a datum prvního záchytu:	

V.....

dne.....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře