

LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – ÚMRTÍ

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 úmrtí:	Úraz <input type="checkbox"/> Nemoc <input type="checkbox"/>	
Uvedte, prosím, datum úmrtí:		
Uvedte, prosím, diagnózy (v souladu s MKN10), které byly příčinou úmrtí (včetně data prvotního záchytu v minulosti):		
Diagnóza dle MKN 10:	Datum prvního záchytu:	
1.		
2.		
3.		
Uvedte, prosím, etiologii výše uvedených onemocnění (pokud se jedná o úrazovou etiologii, prosím uveďte úrazový děj):		
Uvedte, prosím, data předchozího léčení výše uvedených diagnóz:		
Předcházela úmrtí pracovní neschopnost?	Od..... Do..... Dg.:	
Došlo k pojistné události pod vlivem alkoholu či omamných látek?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	
Jednalo se o suicidium, popř. o jeho pokus?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	
Byl pacient před úmrtím v invalidním nebo starobním důchodu?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	
Datum přiznání ID:	Datum odebrání ID:	Dg.:
Byl pacient před úmrtím v trvalé lékařské péči pro jiné chronické onemocnění? Pokud ano, uveďte prosím diagnózu a datum prvního záchytu:		

V.....

dne.....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře