

Formulář vyplňte v souladu s nařízením vlády číslo 276/2015 Sb., o odškodňování bolesti a ztížení společenského uplatnění způsobené pracovním úrazem nebo nemocí z povolání, v platném znění (dále jen nařízení), na základě lékařských zpráv a nálezů poskytovatelů zdravotních služeb, kteří se podíleli na léčení poškozeného.

Číslo škodní události\*

Poškození zdraví ze dne

Číslo pojistné smlouvy

\* vyplňte, pokud máte číslo k dispozici

|  |                            |                                       |                            |
|--|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| <b>Poškozený</b>   |                            |                                       |                            |
| příjmení, jméno, titul   |                            | rodné číslo                           |                            |
| <input type="text"/>   |                            | <input type="text"/>                  |                            |
| <b>Adresa trvalého bydliště</b>  |                            |                                       |                            |
| ulice  | číslo popisní / orientační | telefon                               |                            |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>       | <input type="text"/>                  |                            |
| obec – část obce   |                            |                                       | PSČ                        |
| <input type="text"/>   |                            |                                       | <input type="text"/>       |
| e-mail   |                            |                                       |                            |
| <input type="text"/>   |                            |                                       |                            |
| povolání   |                            |                                       |                            |
| <input type="text"/>   |                            |                                       |                            |
| <b>Korespondenční adresa</b> (vyplňte pouze v případě, je-li adresa odlišná od adresy trvalého bydliště) |                            |                                       |                            |
| příjmení, jméno, titul   |                            | ulice                                 | číslo popisní / orientační |
| <input type="text"/>   |                            | <input type="text"/>                  | <input type="text"/>       |
| obec – část obce   | PSČ                        | příjmení, jméno, titul                |                            |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>       | na této adrese u <input type="text"/> |                            |

|   |
|---|
| <b>Prohlášení poškozeného</b>   |
| Prohlašuji, že jsem byl informován o zpracování osobních údajů potřebných pro šetření škodní události. Podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na <a href="http://www.generalicecka.cz">www.generalicecka.cz</a> v sekci Osobní údaje a v obchodních místech pojišťovny. Zavazuji se, že bezodkladně oznámím změny osobních údajů. |

|  |
|--|
| <b>Důležité upozornění</b>   |
| V případě, že si poškození zdraví vyžádalo hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, případně ambulantní ošetření, tvoří přílohu posudku fotokopie propouštěcí zprávy, případně zprávy o ambulantním ošetření, o níž poškozený tímto žádá v souladu s ustanovením § 65 zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. |

|   |                      |  |
|---|----------------------|--|
| <b>Podpis poškozeného nebo zákonného zástupce</b> |                      |  |
| datum   | místo                | jméno, příjmení a podpis poškozeného nebo zákonného zástupce |
| <input type="text"/>                              | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |

## VYPLŇUJE LÉKAŘ

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Lékař</b>           |   |
| příjmení, jméno, titul | adresa poskytovatele zdravotních služeb |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>                    |

|  |                      |                         |                         |
|--|----------------------|-------------------------|-------------------------|
| <b>Doba léčení a pracovní neschopnosti související s poškozením zdraví</b> |                      |                         |                         |
| zahájení léčení  | ukončení léčení      | pracovní neschopnost od | pracovní neschopnost do |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>    | <input type="text"/>    |

|  |
|--|
| <b>Příčina poškození zdraví podle popisu poškozeného</b> |
| <input type="text"/>                                     |



## Ohodnocení

| poř. číslo                      | položka | poškození zdraví | počet bodů | Zvýšení ohodnocení bolesti      |      |  |      |
|---------------------------------|---------|------------------|------------|---------------------------------|------|--|------|
|                                 |         |                  |            | komplikace § 6 odst. 1 písm. a) |      | náročný způsob léčeni § 6 odst. 1 písm. b) |      |
|                                 |         |                  |            | %                               | body | %  | body |
| 1.                              |         |                  |            |                                 |      |  |      |
| 2.                              |         |                  |            |                                 |      |  |      |
| 3.                              |         |                  |            |                                 |      |  |      |
| 4.                              |         |                  |            |                                 |      |  |      |
| 5.                              |         |                  |            |                                 |      |  |      |
| 6.                              |         |                  |            |                                 |      |  |      |
| 7.                              |         |                  |            |                                 |      |  |      |
| 8.                              |         |                  |            |                                 |      |  |      |
| 9.                              |         |                  |            |                                 |      |  |      |
| 10.                             |         |                  |            |                                 |      |  |      |
| součet                          |         |                  |            |                                 |      |  |      |
| <b>bodové ohodnocení celkem</b> |         |                  |            |                                 |      |  |      |

## Postup ohodnocení včetně odůvodnění případného zvýšení dle § 6 odst. 1

## Doplňující údaje (označte prosím odpovídající variantu)

Byl zraněný před úrazem zdravý?

ANO  NE

Jakou chorobou trpěl?

Měl předchozí stav vliv na vznik úrazu?

ANO  NE

Měl předchozí stav vliv na následky úrazu?

ANO  NE

Stal se úraz po požití alkoholu nebo pod vlivem jiných návykových látek?

ANO  NE

Lze předpokládat, že úraz zanechá trvalé následky? (pokud ano, uveďte jaké)

ANO  NE

## Podpis lékaře

datum

místo

e-mail

telefon

podpis, razítko zdravotnického zařízení a jméno lékaře, který zprávu zpracoval