

Rokkantság/egészségkárosodás utáni orvosi jelentés

Az orvos neve:			
Lakhelye:			
	Telefonszáma:		
1. A biztosított neve:	Születési ideje:	Év	Hó Nap
2. Diagnózis:			
3. Milyen betegség vagy baleset következménye a rokkantság/egészségkárosodás?			
4. Egyértelműen megállapítható-e, hogy a rokkantság/egészségkárosodás baleset következménye?			<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
5. Az esemény pontos dátuma és körülményeinek leírása (orvosi napló vagy kórlap alapján):		Év	Hó Nap
6. Készült-e röntgenfelvétel? (Amennyiben igen, kérjük, szíveskedjék a lelet fénymásolatát csatolni.)			<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
7. A sérült szenvedett-e a baleset előtt valamilyen betegségben, testi fogyatékoságban, amely			
a) hozzájárult a baleset előidőzéséhez?			<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
b) súlyosbítja a baleset vagy betegség okozta egészségromlást?			<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
Ha igen, kérjük, szíveskedjék részletezni:			
8. A jelenleg sérült testrész volt-e azelőtt már betegség vagy baleset következtében sérült vagy csonkolt?			<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
9. Melyek a balesetnek vagy betegségnek			
a) már meglévő következményei:			
b) valószínű várható következményei:			
10. A sérültet kezelték-e balesetével vagy betegségével kapcsolatban kórházban?			<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
Ha igen, kérjük, közölje, hogy mettől meddig, és szíveskedjék a zárójelentés másolatát csatolni.			
11. Mióta kezeli Ön a sérültet?	Év	Hó	Nap -tól
12. Miben áll ez a kezelés?			
13. A sérültet jelen állapota miatt kezelte-e már Ön vagy más orvos?			<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
Ha igen, kérjük, szíveskedjék részletezni ki, mikor, hol kezelte?			
14. Történt-e a sérült balesetével kapcsolatban véralkohol vizsgálat?			<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
Ha igen, kérjük, közölje annak eredményét.			
15. Vannak-e még ezen esetre vagy gyógyfolyamatra vonatkozó észrevételei?			
16. Egyéb észrevételek:			
Csatolt mellékletek:	<input type="checkbox"/> Zárójelentés <input type="checkbox"/> Röntgenlelet <input type="checkbox"/> Egyéb:		

 Kelt: , év hó nap

Az orvos aláírása

Az orvos pecsétje