

Potvrzení lékaře - hospitalizace a pobyt v nemocnici a/nebo doprovod dítěte v nemocnici

Upozornění pro lékaře: Zprávu vyplňuje praktický lékař nebo nemocnice:

- prosíme o **čitelné** vyplnění všech údajů;
- pokud na některé níže uvedené dotazy odpovídáte ano nebo ne, označte platnou odpověď křížkem.

Za vyplnění Zprávy ošetřujícího lékaře uhradíte lékaři jím požadovanou částku (podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na Vaši žádost). Náklady za vyplnění tohoto formuláře nese pojištěný.

Potvrzení spolu s dalšími přílohami zašlete na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.**

ÚDAJE O PACIENTOVI

Příjmení a jméno:

Rodné číslo*: |_|_|_|_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|

Příjmení a jméno zákonného zástupce (vyplní se pouze u dítěte do 18 let):

Rodné číslo*: |_|_|_|_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|

ÚDAJE O HOSPITALIZACI

Datum příjmu: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|

Datum propuštění: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|

Dny propustky:

Diagnóza podle WHO (kód diagnózy):

Diagnóza slovy:

Kdy bylo toto onemocnění diagnostikováno, případně kdy byl pacientovi doporučen operační zákrok (uvedte datum, adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře)

ÚDAJE O DOPROVODU / ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI

Datum příjmu: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|

Datum propuštění: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|

Dny propustky:

ÚDAJE O LÉKAŘI A NEMOCNICI

Název nemocnice:

Datum vystavení: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|

Razítko nemocnice / lékaře

Podpis lékaře