

Oznámenie o dĺžke nevyhnutného liečenia následkov úrazu

C6-L

Prehlásenie ošetrojúceho lekára

1. **Meno a priezvisko poisteného:** _____
2. Dátum narodenia poisteného: _____ Rodné číslo: _____
3. Bydlisko poisteného: _____
4. Dátum vzniku úrazu _____
5. Príčina, okolnosti úrazu: _____

6. Bola príčina úrazu úmyselné sebapoškodenie? Ak áno, uveďte podrobnosti. ÁNO NIE

7. Bol poistený pod vplyvom alkoholu alebo drog? ÁNO NIE
Bola vyšetovaná hladina alkoholu v krvi? ÁNO NIE
Ak áno, uveďte hladinu alkoholu v krvi, ak je Vám známa: _____
Ktoré zdravot. zariadenie (pracovisko) vyšetrovalo hladinu alkoholu v krvi: _____
8. Druh zranenia, presná diagnóza: _____

9. Dĺžka liečby od: _____ do: _____

Týmto prehlasujem, že na všetky otázky v tomto prehlásení som odpovedal/a **úplne a pravdivo** podľa môjho najlepšieho vedomia a svedomia.

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| Meno ošetrojúceho lekára: _____ | Adresa zdrav. zariadenia: _____ |
| Podpis ošetrojúceho lekára: _____ | _____ |
| Špecializácia: _____ | _____ |
| Pečiatka: _____ | Telefón: _____ |
| | V: _____ |
| | Dňa: _____ |