

Hodnocení bolestného

Formulář je vypracovaný v souladu s nař. vlády č. 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.

Škodní událost číslo _____
Úraz ze dne _____

► Identifikace poškozeného

Jméno	Příjmení	Titul
Datum narození	Rodné číslo	Bydliště

Doplňte prosím následující údaje.

► Ostatní údaje poškozeného

Telefon	E-mail	Povolání
---------	--------	----------

► Souhlas poškozeného

Souhlasím s tím, aby za účelem vyřizování pojistné události Česká pojišťovna a.s., zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, spisová značka B 1464, IČO 45272956 (dále jen „ČP“), zpracovávala ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen „zákon“), mé osobní údaje v rámci pojišťovací činnosti a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností, a to po dobu nezbytně nutnou. Poskytnuté údaje bude zpracovávat ČP nebo zpracovatel registrovaný Úřadem pro ochranu osobních údajů v souladu s ustanovením § 16 zákona. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádně informován/a o zpracování mých osobních údajů, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů.

► Důležité upozornění

V případě, že si poškození zdraví vyžádalo hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, případně ambulantní ošetření, tvoří přílohu posudku fotokopie propouštěcí zprávy, resp. zprávy o ambulantním ošetření, o níž poškozený tímto v souladu s ust. § 65 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, žádá.

Datum podpisu _____ Místo podpisu _____

Podpis poškozeného nebo zákonného zástupce _____

Vyplňuje lékař

► Doba léčení a pracovní neschopnosti související s úrazem

Zahájení léčení	Ukončení léčení
Pracovní neschopnost od	Pracovní neschopnost do

► Příčina úrazu podle popisu poškozeného

> Ohodnocení

Poř. č.	Položka	Poškození zdraví	Počet bodů	Zvýšení ohodnocení bolesti			
				komplikace § 6 odst. 1 písm. a)		náročný způsob léčení § 6 odst. 1 písm. b)	
				%	body	%	body
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
Součet							
Bodové ohodnocení celkem							

> Postup ohodnocení včetně odůvodnění případného zvýšení dle § 6 odst. 1**> Doplnující údaje** (označte prosím odpovídající variantu)

 Byl zraněný před úrazem zdravý? ANO NE

Jakou chorobou trpěl? (prosím vypište)

 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

Datum podpisu _____

Místo podpisu _____

 Jmenovka a podpis lékaře,
který posudek zpracoval

 Razítko poskytovatele zdravotních
služeb, který posudek vydává