

**LEKÁRSKY DOTAZNÍK – PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ POISTENÉHO**  
VYPLNÍ OŠETRUJÚCI LEKÁR

Prosíme o vyplnenie nasledujúcich otázok. Za validný je považovaný iba kompletne vyplnený zdravotný dotazník. Náklady spojené s vyplnením tohoto dotazníku hradí klient, ktorý môže preplatenie pokladničného dokladu uplatniť u MAXIMA poisťovny, a.s.

Meno a priezvisko				Rodné číslo	
Dátum počiatku pracovnej neschopnosti	Pracovná neschopnosť ukončená k	Pracovná neschopnosť trvá?	Príčina pracovnej neschopnosti		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Úraz	<input type="checkbox"/> Choroba	

Uveďte, prosím, všetky diagnózy (v súlade s MKN10), na základe ktorých bola vystavená pracovná neschopnosť, kedy boli v minulosti prvýkrát zistené, a ako sa tieto diagnózy časovo podieľali na pracovnej neschopnosti:

Diagnóza podľa MKN 10	Dátum prvého záchytu	Časový podiel v rámci pracovnej neschopnosti	
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	od <input type="text"/>	do <input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	od <input type="text"/>	do <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	od <input type="text"/>	do <input type="text"/>

Uveďte, prosím, dáta prechádzajúceho liečenia vyššie uvedených diagnóz

Uveďte, prosím, na základe akej etiológie sú vyššie uvedené diagnózy (pokiaľ sa jedná o úrazovú etiológiu, prosím uveďte úrazový dej):

1. diagnóza	<input type="text"/>
2. diagnóza	<input type="text"/>
3. diagnóza	<input type="text"/>

Došlo k poistnej udalosti (pracovnej neschopnosti) v súvislosti s užitím alkoholu či omamných a psychotropných látok?  ÁNO  NIE

Bol pacient v súvislosti s vyššie uvedenými diagnózami indikovaný k operačnému riešeniu či hospitalizácii?

Diagnóza	Dátum operácie/hospitalizácie
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je pacient v invalidnom alebo starobnom dôchodku?  ÁNO  NIE

Dátum priznania ID	Dátum odobrania ID	Dg.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je pacient v trvalej lekárskej starostlivosti pre iné chronické ochorenie? Ak áno, uveďte diagnózu a dátum prvého záchytu:

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

V	dňa	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

