

**LEKÁRSKY DOTAZNÍK – INVALIDITA PRE POKLES SCHOPNOSTI VYKONÁVAŤ ZÁROBKOVÚ ČINNOSŤ (VYPLNÍ 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

Príčina invalidity / ŤZP

 Úraz  Choroba

Uvedte, prosím, dátum priznania invalidity / ŤZP

**Uvedte, prosím, diagnózy (v súlade s MKN10), na základe ktorých bola pacientovi priznaná invalidita (vrátane dáta prvotného záchytu v minulosti):**

Diagnóza podľa MKN 10

1. 

Dátum prvého záchytu

2. 3. 

Uvedte, prosím, etiológiu vyššie uvedených ochorení (pokiaľ sa jedná o úrazovú etiológiu, prosím uvedte úrazový dej)

Uvedte, prosím, dáta predchádzajúceho liečenia vyššie uvedených diagnóz

Predchádzala invalidite pracovná neschopnosť?

Od  Do  Dg.: 

Došlo k poistnej udalosti pod vplyvom alkoholu či omamných látok?

 ÁNO  NIE

Bol príčinou poistnej udalosti pokus o suicidium?

 ÁNO  NIE

Bol pacient pred priznaním invalidity / ŤZP v invalidnom alebo starobnom dôchodku?

 ÁNO  NIE

Dátum priznania ID

Dátum odobrania ID

Dg.:

Je/bol pacient pred priznaním invalidity / ŤZP v trvalej lekárskej starostlivosti pre iné chronické ochorenie? Pokiaľ áno, uvedte prosím diagnózu a dátum prvého záchytu:

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

V

dňa

