



AVIVA Rokkantság utáni orvosi jelentés

Az orvos neve:

Lakhelye:

Telefonszáma:

1. A biztosított neve: Születési ideje: év hó nap

2. Diagnózis:

3. Milyen betegség vagy baleset következménye a rokkantság?

4. Egyértelműen megállapítható-e, hogy a rokkantság baleset következménye? Igen Nem

5. Az esemény pontos dátuma és körülményeinek leírása (orvosi napló vagy kórlap alapján): év hó nap

6. Készült-e röntgenfelvétel? (Amennyiben igen, kérjük, szíveskedjék a lelet fénymásolatát csatolni.) Igen Nem

7. A sérült szenvedett-e a baleset előtt valamilyen betegségben, testi fogyatékoságban, amely

a) hozzájárult a baleset előidézéséhez? Igen Nem

b) súlyosbítja a baleset vagy betegség okozta egészségromlást? Igen Nem

Ha igen, kérjük, szíveskedjék részletezni:

8. A jelenleg sérült testrész volt-e azelőtt már betegség vagy baleset következtében sérült vagy csonkolt? Igen Nem

9. Melyek a balesetnek vagy betegségnek

a) már meglévő következményei:

b) valószínű várható következményei:

10. A sérültet kezelték-e balesetével vagy betegségével kapcsolatban kórházban? Igen Nem

Ha igen, kérjük, közölje, hogy mettől meddig, és szíveskedjék a zárójelentés másolatát csatolni.

11. Mióta kezeli Ön a sérültet? év hó napjától

12. Miben áll ez a kezelés?

13. A sérültet jelen állapota miatt kezelte-e már Ön, vagy más orvos? Igen Nem

Ha igen, kérjük, szíveskedjék részletezni ki, mikor, hol kezelte?

14. Történt-e a sérült balesetével kapcsolatban véralkohol vizsgálat? Igen Nem

Ha igen, kérjük, közölje annak eredményét.

15. Vannak-e még ezen esetre vagy gyógyfolyamatra vonatkozó észrevételei:

16. Egyéb észrevételek:

Csatolt mellékletek: Zárójelentés Röntgenlet Egyéb:

Kelt: , év hó nap

Az orvos aláírása

Az orvos pecsétje

Személyi igazolvány száma