



**Hasičská vzájemná pojišťovna, a.s.**

Odbor likvidace, Římská 2135/45, 120 00 Praha 2, tel.: 222 119 125, fax: 222 514 412  
IČ: 46973451, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2742

do HVP, a.s. doručeno dne, hodina,  
podpis:

číslo škody

archivní číslo

## ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

Ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval osobu pojištěného ..... Rodné číslo .....  
Podle zdravotní dokumentace došlo k prvnímu lékařskému ošetření dne: .....

Diagnóza (česky), rozsah utrpeného zranění:

RTG nález s popisem:.....

Odpovídá ošetřované tělesné poškození a jeho rozsah úrazovému ději, popsanému poškozeným na přední straně tohoto hlášení? Ano  Ne

Mohlo být příčinou újmy na zdraví úmyslné sebepoškození? Ano  Ne   
Bylo příčinou újmy na zdraví požití alkoholu, omamných či návykových látek? Ano  Ne  V krvi bylo zjištěno .....% alkoholu.

Je úraz v příčinné souvislosti s nějakým dřívějším onemocněním nebo úrazem? Se kterým? Ano ..... Ne

Způsob a druh ošetření, podrobný popis:.....

Rehabilitace (forma, délka, kolikrát týdně, datum ustálení zdravotního stavu):

Poraněný úd nebo orgán byl funkčně postižen již před úrazem, a to v rozsahu: .....

Hospitalizace poškozeného s úrazem v: ..... od .... /..... /201 .... do .... /..... /201 ....

Příčiny a druh komplikací během doby nezbytného léčení:.....

Skutečná doba nezbytného léčení: od: ..... /..... / 201 .... do ..... /..... / 201 ....

Doba pracovní neschopnosti:

od: ..... /..... / 201 .... do ..... /..... / 201 ....

Je-li předpoklad trvalých následků, uveďte jejich pravděpodobný druh a rozsah: .....

Je skončeno léčení a dnešní stav je nezměnitelný? Ano  Ne  Je možné očekávat změnu stavu a do jaké míry?

Mají vliv na celkový rozsah trvalých následků chorobné změny s úrazem nesouvisející? .....

Nastaly zjištěné úchylny ve zdravotním stavu výlučně popsaným úrazem? .....

Aktuální funkční vyšetření postiženého kloubu ve stupních ..... Poškozený je: levák  pravák

Ostatní zdravotní sdělení ošetřujícího lékaře: .....

V ..... dne .... / ..... 201 ....

.....  
razítko a podpis ošetřujícího lékaře

**ZÁZNAMY LIKVIDÁTORA A POSUDKOVÉHO LÉKAŘE HVP, a.s.**

Dg.č.: ..... % plnění: .....

Posud. lékař: .....

Likvidoval: ..... Revidoval: .....