

LEKÁRSKY DOTAZNÍK – DLHODOBÉ OŠETROVANIE ČLENA RODINY
VYPLNÍ OŠETRUJÚCI LEKÁR

Prosíme o vyplnenie nasledujúcich otázok. Za validný je považovaný iba kompletne vyplnený zdravotný dotazník. Náklady spojené s vyplnením tohto dotazníka hradí klient, ktorý môže preplatenie pokladničného dokladu uplatniť v MAXIMA pojišťovne, a. s.

Meno a priezvisko ošetrovaného				Rodné číslo	
Dátum začiatku ošetrovania člena rodiny	Ošetrovanie člena rodiny ukončené ku dňu	Ošetrovanie člena rodiny trvá?	Príčina ošetrovania člena rodiny		
		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Úraz	<input type="checkbox"/> Choroba	

Uvedte, prosím, všetky diagnózy (v súlade s MKN10), na základe ktorých bolo vystavené ošetrovanie člena rodiny, kedy boli v minulosti prvýkrát zistené, a ako sa tieto diagnózy časovo podieľali na potrebe ošetrovania člena rodiny:

Diagnóza podľa MKCH 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"/>

Uvedte, prosím, dátumy predchádzajúceho liečenia vyššie uvedených diagnóz:

Uvedte, 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 poisťnej udalosti (ošetrovanie člena rodiny) v súvislosti s užitím alkoholu či omamných a psychotropných látok? ÁNO NIE

Bol pacient v súvislosti s vyššie uvedenými diagnózami indikovaný na operačné riešenie alebo hospitalizáciu?

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

Je pacient v invalidnom alebo starobnom dôchodku? ÁNO NIE

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

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

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

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

