

Številka škode:

POROČILO LEČEČEGA ZDRAVNIKA

Prosimo, da na vprašanja odgovorite izčrpno! Ustrezno označite s

PODATKI O POŠKODOVANCU

Številka police – številka Modre kartice	Ime in priimek ponesrečenca:	Datum rojstva:	
Naslov in hišna številka:	Poštna številka:	Kraj:	Telefonska številka:

PODATKI O POKLICU POŠKODOVANCA

Navedite prosim zadnjo zaposlitev:

PODATKI O ZDRAVLJENJU

Kdaj je bilo končano zdravljenje poškodovanca?	Ali se je poškodovanec redno zdravil? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	Se je držal vaših navodil? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

POSLEDICE NESREČE

Ali ima nesreča za posledico trajno invalidnost? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Katero?
So na potek vplivale druge bolezni ali telesne hibe? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Katere?
So te bolezni ali telesne hibe vplivale na zdravljenje ali na sposobnost za delo? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	V kakšni meri?

SPOSOBNOST ZA DELO

Se je poškodovanec moral zadrževati v sobi? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	od do
Je moral poškodovanec mirovati v postelji? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	od do
Je bil poškodovanec zaradi nesreče v bolniškem staležu? (Važno je samo v primeru obveznega zdravstvenega zavarovanja!) <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	od do
Je bil poškodovanec zmožen za delo? (Važno je samo za samostojno pridobitveno dejavnost!) <input type="checkbox"/> sploh ne <input type="checkbox"/> do določene mere <input type="checkbox"/> deloma	od do od do od do

Prosim obrnite list!

DIAGNOZA

Opišite prosim vrsto poškodbe ter občutje bolnika na začetku zdravljenja:

ZDRAVLJENJE

Opis zdravljenja:

IZVID O POSLEDICAH POŠKODBE

Izčrpen izvid o posledicah poškodbe (pri poškodovanih udih, očeh in ušesih navedite vrednosti v primerjavi z nepoškodovanimi, pri amputaciji navedite višino amputacije) pri zaključku zdravljenja:

Sedaj:

ZDRAVLJENJE V BOLNICI

Je bil poškodovanec na zdravljenju v bolnici?

da ne

Bolnica:

Hospitalizacija: od

do

Ambulantno zdravljenje: od

do

V PRIMERU SMRTI POŠKODOVANCA

Neposreden ali posreden vzrok smrti poškodovanca:

Kraj in datum:

Žig in podpis lečečega zdravnika: