

PROHLÁŠENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

Hlášení o úmrtí pojištěného

Jméno a příjmení pojištěného: Datum úmrtí:

Datum narození: Rodné číslo:

Místo úmrtí (v případě úmrtí v nemocnici nebo ústavu udejte název a adresu zařízení):

Příčina úmrtí:

Doba mezi prvním příznakem nemoci/úrazu a úmrtím: Od: Do:

Předchozí příčiny (chorobné stavy, byly-li, které vedly k nemoci):

Ostatní významné stavy (které napomohly úmrtí, ale nesouvisely s nemocí nebo stavy způsobujícími úmrtí):

Datum prvního ošetření z důvodu nemoci nebo úrazu:

Došlo k úmrtí pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek, sebevraždou nebo vraždou?

Pokud ano, uveďte a stručně popište:

Bylo vedeno soudní vyšetřování? ANO NE

Byla provedena pitva? Pokud ano, uveďte kde (adresa): ANO NE

Byla na těle nějaká zvláštní znamení? Pokud ano, popište: ANO NE

Léčil(a) jste někdy v minulosti pojištěného nebo mu(ji) poskytoval(a) poradenskou službu? Pokud ano, uveďte, prosím,

výpis ze zdravotní dokumentace na zadní stranu tohoto formuláře. ANO NE

Podstoupil(a) pojištěný(á), pokud je Vám známo, léčbu u jiného lékaře nebo v jiném ústavu? ANO NE

Pokud ano, uveďte, prosím, jména a adresy lékařů:



