



## Zpráva ošetřujícího lékaře

1. Jaké trvalé následky úraz ze dne _____ zanechal? Nastaly zjištěné změny výlučně úrazem?*		ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
Popis objektivních příznaků a přesný popis poruchy funkcí, těch částí lidského organismu, které byly úrazem postiženy:					
a) omezení hybnosti kloubu – který kloub byl postižen?					
Vyjádřete, prosím, omezení ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub (vyplní odborný lékař – ortoped, chirurg, rehabilitační lékař)					
flexe	L	P	extenze	L	P
zevní rotace	L	P	vnitřní rotace	L	P
abdukce	L	P	addukce	L	P
pronace	L	P	supinace	L	P
Při poranění kloubů ruky uveďte nedovření do dlaně v cm					
Jiné údaje:					
b) v případě jizev uveďte jejich přesnou lokalizaci, délku či plochu, tvar a charakter:*					
normální		<input type="checkbox"/>	hypertrofická	<input type="checkbox"/>	keloidní
v případě plošných jizev u klienta uveďte současně: váha		kg	výška	cm	
c) ostatní trvalé následky:					

2. Mají vliv na celkový rozsah trvalých následků choroby s úrazem nesouvisející? Když ano, tak jaké? (např. diabetes mellitus, hemat. onemocnění apod.)

3. Byla poraněná končetina nebo orgán již před úrazem postižen/a? Kdy a v jakém rozsahu:

4. Je skončeno léčení úrazu a je současný zdravotní stav ustálen?
Když ne, tak uveďte diagnózu:

5. Ostatní zdravotní sdělení ošetřujícího lékaře:

6. V nezbytných případech prosíme o spolupráci při zapůjčení RTG snímků pro potřeby posouzení trvalých následků odborným lékařem pojišťovny.
Poskytněte, prosím, klientovi fotokopie posledních odborných nálezů, aby nám je mohl odeslat společně s tímto formulářem.

V _____ dne _____	razítko a podpis ošetřujícího lékaře adresa zdrav. zařízení, telefon
-------------------	---

\* Pozn.: platnou variantu označte křížkem X v rámečku umístěném vpravo od správné varianty