

Kód pojišťovny

HLÁŠENÍ ÚRAZU
nebo jiného poškození zdraví
podle § 55 zákona o veřejném zdravotním pojištění

Příjmení a jméno

Číslo pojištěnce

Bydliště (adresa)

PSČ

Zaměstnavatel, povolání, druh vykonávané práce

Datum, hod. a místo úrazu

Diagnóza

Stručný děj a příčiny úrazu, odpovědnost za úraz (podle zjištění u zraněného)

Ke zranění došlo v důsledku dopravní nehody: **ano - ne - nevím ^{*)}**

Jedná se o úraz: **pracovní - nepracovní - nevím ^{*)}**

Byla zraněnému odebrána krev k prokázání přítomnosti alkoholu či jiné omamné látky: **ano - ne ^{*)}**

Bylo zraněnému vystaveno *Potvrzení pracovní neschopnosti*: **ano - ne ^{*)}**

Kdy a kam byl zraněný odeslán na další vyšetření nebo do ústavní péče

Zraněný byl hospitalizován v našem ZZ počínaje dnem:

^{*)} nehodící se škrtněte!

Vystavil:

Dne:

podpis a razítko poskytovatele

Vyplněný tiskopis zašlete příslušnému územnímu pracovišti pojišťovny pro účely náhrady nákladů poskytnuté zdravotní péče. Povinnost podávat toto hlášení ukládá ustanovení § 55 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.