

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:

podpis a razítko poskytovatele

Dne:

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.