

Końcowe orzeczenie / opinia lekarska

Nr akt szkody: _____

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

1. Imię i nazwisko _____ Data urodzenia _____

2. Miejsce wypadku _____ Data wypadku _____

3. Czy ubezpieczony po wypadku pozostawał pod opieką lekarską? Nie Tak Jeśli tak, to gdzie się leczył? _____

4. Czy leczenie zostało zakończone? Nie Tak Jeżeli tak - podać datę zakończenia leczenia _____

Jeżeli nie - podać przewidywany termin zakończenia leczenia _____

5. Czy dla ustalenia ostatecznych skutków wypadku potrzebna jest:

a) Dodatkowa dokumentacja lekarska? Nie Tak Jeżeli tak to jaka? _____

b) Obserwacja kliniczna? Nie Tak c) Badania specjalistyczne? Nie Tak

6. Czy po wypadku:

a) Nastąpiła śmierć ubezpieczonego? Nie Tak b) Nastąpił trwały uszczerbek na zdrowiu? Nie Tak

c) Powstała konieczność leczenia? Nie Tak d) Powstała niezdolność do pracy? Nie Tak

e) Powstała konieczność specjalnego odżywiania? Nie Tak f) Konieczne jest protezowanie, przeszkolenie zawodowe lub dalsze leczenie? Nie Tak

7. Ile dni ubezpieczony był niezdolny do pracy w związku z wypadkiem? Od dnia _____ do dnia _____

8. W razie śmierci - podać czy istnieje związek przyczynowy pomiędzy doznanym urazem a śmiercią i uzasadnić wpływ urazu na zejście śmiertelne lub brak jego wpływu.

Nie Tak _____

9. W razie trwałego uszczerbku na zdrowiu:

a) Wymienić uszkodzony organ, narząd lub układ i określić rodzaj uszkodzenia a) _____

b) Podać, czy istnieje związek przyczynowy między doznanym urazem a uszkodzeniem podanym w pkt. a) i uzasadnić wpływ urazu na to uszkodzenie b) _____

c) Określić, czy utracony organ, narząd lub układ był już funkcjonalnie upośledzony przed wypadkiem i w jakim stopniu c) _____

d) Określić i uzasadnić w chwili orzekania stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu z powołaniem się na odpowiednią pozycję TABELI NORM /po uwzględnieniu ewentualnego wcześniejszego upośledzenia. d) _____

10. W razie leczenia — podać czy istnieje związek przyczynowy pomiędzy urazem /zdarzeniem/ a koniecznością leczenia ubezpieczonego i uzasadnić wpływ urazu lub brak wpływu na konieczność leczenia. 10. _____

11. W razie konieczności specjalnego odżywiania określić niezbędny okres specjalnego odżywiania. 11. _____

12. Czy mimo doznanego trwałego uszczerbku na zdrowiu poszkodowany może wykonywać swój zawód. Tak Nie Jeśli nie to jaką pracę może obecnie wykonywać? _____

13. Czy w g dokumentacji lekarskiej (np. historia choroby) ubezpieczony w chwili wypadku był w stanie nietrzeźwości? Nie Tak

14. Uwagi i spostrzeżenia lekarza(y) sporządzającego - wydającego (ych) orzeczenie, opinię. Informacje dodatkowe. 14. _____

Miejscowość oraz data badania i sporządzenia orzeczenia, opinii

podpis i pieczęć lekarza

Polski Związek Motorowy Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group

KRS 73432, Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS,
NIP 526 24 13 450, Kapitał zakładowy: 96.000.100,00 zł - opłacony w całości

Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa
Infolinia: 0 801 080 600, 022 / 212 20 50