

Orvosi jelentés haláleset esetén

(nem balesetből származó halál esetén)

Kérjük a nyomtatványt olvashatóan, nyomtatott betűkkel kitölteni.

Szerződés szám: _____

Biztosított adatai

Neve: _____

Születési ideje: _____

Lakcíme: _____

A kezelőorvos (házi orvos, kórházi kezelőorvos) tölti ki a betegkarton, halottvizsgálati bizonyítvány, illetőleg boncjegyzőkönyv alapján.

Mióta volt kezelőorvosa az elhunytak? (év/hó) _____

Mikor és milyen betegségek szerepeltek az elhunyt kórelőzményében?

Az elmúlt öt évben történt-e kórházi kezelés? Ha igen, kérjük a kórház, ápolási idő és a diagnózis megadását.

Halál alapjául szolgáló betegség megnevezése: _____

A diagnózis felállításának időpontja: _____

Kezelőorvos/Házi orvos adatai

Neve: _____

Kórház/Házi orvosi rendelő címe: _____

Kelt: _____

P.H.

Kezelőorvos/Házi orvos aláírása:

Orvosi jelentés baleset esetén

(balesetből származó rokkantság, illetve baleseti halál esetén)

Kérjük a nyomtatványt olvashatóan, nyomtatott betűkkel kitölteni.

Szerződés szám: _____

Biztosított adatai

Neve: _____

Születési ideje: _____

Lakcíme: _____

A kezelőorvos (házi orvos, kórházi kezelőorvos) tölti ki a betegkarton, halottvizsgálati bizonyítvány, illetőleg boncjegyzőkönyv alapján.

Volt-e rendőri intézkedés?

☐ Igen

☐ Nem

Melyik rendőrhatalóság járt el? _____

Történt-e véralkoholszint-vizsgálat?

☐ Igen

☐ Nem

Ha igen, kérjük annak eredményét. _____

Történt-e orvosi ellátás? Ha igen, kérjük, ennek dokumentációját csatolja, és írja le, mikor és hol történt az orvosi ellátás.

A jelenleg sérült testrész ezt megelőzően volt-e betegség vagy baleset miatt károsodott?

☐ Igen

☐ Nem

Amennyiben igen, akkor kérjük, ennek dokumentációját csatolja.

Amennyiben maradandó egészségkárosodás miatt orvosszakértői bizottság előtt vizsgálat történt, kérjük megjelölni a vizsgálat pontos helyét és idejét.

Kezelőorvos/Házi orvos adatai

Neve: _____

Kórház/Házi orvosi rendelő címe: _____

Kelt: _____

P.H.

Kezelőorvos/Házi orvos aláírása: _____