



Medicinski upitnik za štete uslijed privremene potpune nesposobnosti za rad (obrazac PNR_01/09)

Ja niže potpisani/a
(ime i prezime izabranog doktora medicine) iz
(naziv zdravstvene ustanove-ordinacije privatne prakse)

(adresa i broj telefona) izjavljujem:
Izabrani sam doktor medicine primarne zdravstvene zaštite pacijenta
..... (ime i prezime pacijenta) od (datum);
Pacijent je privremeno nesposoban za rad iz zdravstvenih razloga te se zbog toga nalazi na bolovanju bez prekida od (prvi dan bolovanja) s očekivanim trajanjem bolovanja od dana.

Uzrok privremene nesposobnosti za rad pacijenta je (molimo označite odgovarajuće):

- nesretan slučaj (ozljeda) pacijenta,
- bolest pacijenta,
- porodiljni pacijenta,
- drugo (molimo navesti):

Da li prema Vašem stručnom mišljenju i saznanju postoji uzročno posljedična veza između nastanka, početka ili uzroka bolesti ili nesretnog slučaja koja je uzrokovala smrt pacijenta i:

- konzumiranje alkohola ili droga;	DA	NE
- ionizirajućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću;	DA	NE
- ozljede zadobivene uslijed sudjelovanja u tuči, kaznenim djelima i prekršajima;	DA	NE
- bavljenja profesionalnim sportom;	DA	NE
- bavljenja podvodnim aktivnostima;	DA	NE
- bavljenja sportom koji zahtjeva upotrebu letjelica, motornih vozila ili sudjelovanje životinja;	DA	NE
- nadržiliječnosti;	DA	NE
- normalne trudnoće, poroda ili pobačaja ili bilo kojeg kozmetičkog kirurškog zahvata;	DA	NE
- stanja u vezi s psihičkom bolesti, mentalnim ili drugim poremećajem centralnog živčanog sustava, uključujući i, ali nije ograničeno na stres, anksioznost ili depresiju i njima prouzročena stanja;	DA	NE
- HIV/ili stanja izravno ili neizravno vezana za HIV, uključujući AIDS;	DA	NE
- samoozljeđivanja;	DA	NE

Da li se prema Vašem mišljenju ili saznanju pacijent pridržava uputa za liječenje, propisane terapije i drugih liječničkih savjeta? DA NE

Da li je prema Vašem mišljenju predmetna privremena nesposobnost za rad povezana sa stanjem, bolešću ili ozljedom koju je pacijent imao, pretrpio ili u vezi s kojim se pacijent konzultirao ili liječio kod bilo kojeg ovlaštenog liječnika ili ustanove i prije nastupa ove privremene nesposobnosti za rad? DA NE

Ako jest, molimo navedite prema Vašem saznanju ili mišljenju od kada potječe pacijentovo stanje, bolest ili ozljeda u vezi s kojom je ova privremena nesposobnost za rad (mjesec/godina).

U posljednjih 12 mjeseci pacijent je bio privremeno nesposoban za rad (na bolovanju) kako slijedi:

- od do uslijed (molimo označite odgovarajuće):

1. nesretan slučaj (ozljeda) pacijenta,
2. bolest pacijenta,
3. porodiljni pacijenta,
4. drugo (molimo navesti):

- od do uslijed (molimo označite odgovarajuće):

1. nesretan slučaj (ozljeda) pacijenta,
2. bolest pacijenta,
3. porodiljni pacijenta,
4. drugo (molimo navesti):

Mjesto i datum:

Potpis izabranog doktora medicine i pečat
zdravstvene ustanove ili privatne ordinacije:

Temeljem ovlaštenja i upute osiguranika u ovom Upitniku upisani su i njegovi osobni podaci koji su Zakonom zaštićeni kao povjerljivi i tajni. Osiguratelj je dužan s tim podacima postupati u skladu sa svojom zakonskom obvezom čuvanja tajnosti podataka za koje je saznao u poslovanju sa klijentima i te ih je od strane Osiguranika ovlašten koristiti u svojim poslovnim evidencijama i obrađivati ih radi realizacije prava i obveza iz odnosa osiguranja otplate kredita, osiguravajući povjerljivost postupanja s tim podacima.

NAPOMENA: Ovjeriti obje stranice pečatom.