



## Medicinski upitnik za štete uslijed smrti kao posljedice bolesti ili nesretnog slučaja (obrazac PNR\_02/09)

Ja niže potpisani/a .....  
(ime i prezime izabranog doktora medicine) .....

..... (naziv zdravstvene ustanove-ordinacije privatne prakse)

..... (adresa i broj telefona)

izabrani sam doktor medicine primarne zdravstvene zaštite pacijenta.....

..... (ime i prezime pacijenta) od dana .....

### PODACI O DOGAĐAJU

Datum i sat smrti: .....

Smrt je nastupila u (bolnici, kod kuće i dr.): .....

Smrt je utvrdio: .....

Koja je bolest ili nesretna slučaj neposredan uzrok smrti: .....

Kada se pacijent počeo liječiti od te bolesti ili nesretnog slučaja: .....

Da li se pacijent liječio u nekoj javnoj ili privatnoj medicinskoj ustanovi: .....

Ako DA, kada i u kojoj ustanovi: .....

Da li je dijagnoza predmetne bolesti ili nesretnog slučaja potvrđena od strane nekog drugog liječnika bilo privatne, opće prakse ili specijalista: .....

Ako DA, molimo navedite njegovo ime, prezime, adresu i datum kada je tražen stručni savjet: .....

Je li nad pacijentom izvršena obdukcija? .....

Ako DA, kada i u kojoj ustanovi: .....

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:

- |                                                                                                   |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| - konzumiranja alkohola ili droga;                                                                | DA | NE |
| - ionizirajućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću;                                       | DA | NE |
| - ozljede zadobivene uslijed sudjelovanja u tuči, kaznenim djelima ili prekršajima;               | DA | NE |
| - bavljenja profesionalnim sportom;                                                               | DA | NE |
| - bavljenja podvodnim aktivnostima;                                                               | DA | NE |
| - bavljenje sportom koji zahtjeva upotrebu letjelica, motornih vozila ili sudjelovanje životinja; | DA | NE |

- nadržiliječništva;	DA	NE
- normalne trudnoće, poroda ili pobačaja ili bilo kojeg kozmetičkog kirurškog zahvata;	DA	NE
- stanja u vezi s psihičkom bolesti, mentalnim ili drugim poremećajima 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 uz HIV, uključujući AIDS;	DA	NE
- samoozljeđivanja;	DA	NE

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.