

Soukromá ordinace v Mezibranské, s.r.o. se sídlem v Praze 1, Mezibranská 21, IČO 26206846, je pověřeným zdravotnickým zařízením na základě smlouvy uzavřené s Kooperativou pojišťovnou, a.s., Vienna Insurance Group, se sídlem v Praze 8, Pobřežní 665/21, IČO 47116617.



134



000000000Z4015

Číslo nabídky / pojistné smlouvy
Versicherungsantragsnummer /
Versicherungsvertragsnummer

Jméno, příjmení / název zástupce pojistitele / identifikace partnera (HR)
Vorname, Nachname / Name des Vertreters des Versicherten / Partneridentifikation (HR)

Identifikační číslo / identifikace poradce
Identifikationsnummer / Identifikation des Vermittlers

**Kooperativa pojišťovna, a.s.,
Vienna Insurance Group**
MUDr. Šárka Bílková
Brněnská 634
664 42 Modřice

Žádost o výpis ze zdravotnické dokumentace Antrag auf Auszug aus der Krankenakte

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore, se souhlasem níže jmenovaného pojištěného si Vás dovolujeme požádat o výpis z jeho zdravotnické dokumentace. Za úplné vyplnění tiskopisu ve všech bodech Vám Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, vyplatí odměnu 350 Kč na základě Vámi vystavené faktury.

Fakturujte na adresu: Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika
Sehr geehrte Frau Ärztin, sehr geehrter Herr Arzt, mit Einverständnis des/der nachstehend genannten Versicherten erlauben wir uns, Sie um einen Auszug aus seiner/ihrer Krankenakte zu ersuchen. Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group bezahlt Ihnen für die vollständige Ausfüllung des Formulars in allen Punkten anhand einer von Ihnen auszustellenden Rechnung 350 CZK. Stellen Sie die Rechnung an die Anschrift aus: Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Prag 8, Tschechische Republik

A. POJIŠTĚNÝ / POJIŠŤOVANÝ VERSICHERTER / VERSICHERUNGSINTERESSENT	Rodné číslo Geburtsnummer	Příjmení Nachname	Jméno Vorname	Titul Titel
	Adresa trvalého pobytu/bydliště Dauerwohnsitz	Ulice (místo), číslo popisné/orientační Straße (Ort), Hausnummer		PSC PLZ
	Obec – dodací pošta Gemeinde – zuständige Postfiliale	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ¹⁾ Falls ein anderer Staat als Tschechische Republik, mit welchem ZIP-Code ¹⁾		
	E-mail E-Mail	Mobilní telefon Handy	Telefon Telefon	

¹⁾ Není-li vyplněno, platí stát ČR.
Wenn es nicht ausgefüllt ist, gilt der Staat der Tschechischen Republik.

1. Anamnestické údaje a výčet chorob, pro které byl jmenovaný léčen:

Anamnestische Angaben und eine Auflistung der Krankheiten, mit denen der/die Obengenannte behandelt wurde:

Výška: Höhe:	Hmotnost: Gewicht: Ze dne: Datum der Messung:	Poslední dvě hodnoty naměřeného TK Werte der letzten zwei Blutdruckmessungen	TK: BD: /	TK: BD: /
Puls: Puls:	Kouření (počet cigaret): Rauchen (Zigarettenzahl):	Alkohol: Alkohol:	Drogy: Drogen:	Jiné návyky: Andere Süchte:

R.A.:
Familienanamnese:

O.A.:
Eigenanamnese:

Pravidelná medikace (název léku, dávkování):
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Name des Arzneimittels, Dosierung):

