

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

Číslo nabídky / pojistné smlouvy  
Insurance proposal / policy number



000000000Z4015

Jméno, příjmení / název zástupce pojistitele / identifikace partnera (HR)  
Name, surname / name of the Insurer's representative / partner identification (HR)

Identifikační číslo / identifikace poradce  
ID number / advisor identification

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

## Žádost o výpis ze zdravotnické dokumentace Request for an extract from medical records

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore, se souhlasem níže jmenovaného pojištěného si Vás dovoluujeme 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

Dear Doctor, with the consent of the Insured named below, we would like to ask you for an extract from his/her medical records. Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, will pay you a fee of CZK 350 on the basis of the invoice issued by you for the complete completion of the form in all points. Please, invoice at: Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Prague 8, Czech Republic

<b>A. POJIŠTĚNÝ / POJIŠTOVANÝ</b> <b>INSURED PERSON / PERSON ASSESSED FOR INSURANCE</b>	Rodné číslo Birth registration/national ID No.	Příjmení Surname	Jméno Name	Titul Title	
	Adresa trvalého pobytu/bydliště Permanent address/place of residence	Ulice (místo), číslo popisné/orientační Street, house/identification number			PSČ Postal code
	Obec – dodací pošta City – delivery post office	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód <sup>1)</sup> ZIP Code in case of other country than the Czech Republic, country <sup>1)</sup>			
	E-mail E-mail	Mobilní telefon Mobile phone	Telefon Telephone		

<sup>1)</sup> Není-li vyplněno, platí stát ČR.  
If its not filled in, we recognize state CZ.

### 1. Anamnestické údaje a výčet chorob, pro které byl jmenovaný léčen: Anamnetic data and a list of diseases for which she/he was treated:

Výška: Height:	Hmotnost: Weight: Ze dne: Measured on (date):	Poslední dvě hodnoty naměřeného TK The last two values of the measured BP	TK: BP: /	TK: BP: /
Puls: Pulse:	Kouření (počet cigaret): Smoking (number of cigarettes):	Alkohol: Alcohol:	Drogy: Drugs:	Jiné návyky: Other substances:

R.A.:  
Family history:

O.A.:  
Personal anamnesis:

Pravidelná medikace (název léku, dávkování):  
Regular medication (name of medicine, dosage):

**2. Opis posledních výsledků vyšetření s udáním data, kdy bylo provedeno:**

A description of the last results of the examination, indicating the date on which they were carried out:

- a) RTG  
X-ray
- b) EKG  
ECG
- c) krve  
blood
- d) moč  
urine
- e) jiné odborné vyšetření  
other specialist examination

**3. Pracovní neschopnost v posledních deseti letech s uvedením diagnózy a přesného data (den, měsíc, rok) začátku a konce pracovní neschopnosti. U osob, které nejsou v pracovním poměru, uveďte, kdy byl jmenovaný v posledních letech ve stavu nemocných s udáním diagnózy a přesného data (den, měsíc, rok) začátku a konce nemoci:**

Incapacity for work in the last ten years with the diagnosis and the exact date (day, month, year) of the beginning and end of incapacity for work. For non-employed persons, indicate when she/he was appointed in recent years in the condition of patients with a diagnosis and the exact date (day, month, year) of the beginning and end of the illness:

**4. Pobírá/pobíral jmenovaný invalidní důchod nebo o něj žádal nebo má přiznánu ZPS? Od kdy? Jak dlouho? Proč? V případě podání žádosti o invalidní důchod nebo ZPS uveďte datum jejího podání a důvod (diagnóza):**

Does she/he receive disability pension or has applied for it, or has an altered working ability granted? Since when? How long? Why? In the case of an application for a disability pension or altered working ability, state the date of its submission and the reason (diagnosis):

**5. Přesná diagnóza onemocnění, pro které je klient sledován:**

Accurate diagnosis of the disease for which the client is monitored:

První příznaky onemocnění (měsíc a rok, charakter obtíží):  
The first symptoms of the disease (month and year, nature of the problem):

**6. Je jmenovaný pod pravidelnou kontrolou odborného lékaře nebo zdravotnického zařízení?**

Uveďte přesnou adresu a jméno lékaře; přiložte kopie lékařských zpráv:

Is she/he appointed under the regular supervision of a specialist doctor or medical facility? Give the exact address and name of the doctor; attach copies of medical reports:

Datum  
Date

2 0

Jméno lékaře / název zdravotnického zařízení:  
Name of doctor / name of medical facility

Adresa  
Address

Telefon  
Telephone

Razítko a podpis lékaře  
Stamp and signature of the doctor