

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



0000000000Z4015

Číslo nabídky / pojistné smlouvy

Jméno, příjmení / název zástupce pojistitele / identifikace partnera (HR)

Identifikační číslo / identifikace poradce

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

## Žádost o výpis ze zdravotnické dokumentace

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

### A. POJIŠTĚNÝ / POJIŠŤOVANÝ

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul
Adresa trvalého pobytu/bydliště		PSČ	
Ulice (místo), číslo popisné/orientační			
Obec – dodací pošta		<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód <sup>1)</sup>	
E-mail	Mobilní telefon	Telefon	

<sup>1)</sup> Není-li vyplněno, platí stát ČR.

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

Výška:	Hmotnost:	Poslední dvě hodnoty naměřeného TK	TK: /	TK: /
	Ze dne:		Ze dne:	Ze dne:
Puls:	Kouření (počet cigaret):	Alkohol:	Drogy:	Jiné návyky:
R.A.:				
O.A.:				

Pravidelná medikace (název léku, dávkování):

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

a) RTG       b) EKG       c) krve       d) moči       e) jiné odborné vyšetření

**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:**

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

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

První příznaky onemocnění (měsíc a rok, charakter obtíží):

**6. Je jmenovaný pod pravidelnou kontrolou odborného lékaře nebo zdravotnického zařízení? Uveďte přesnou adresu a jméno lékaře; přiložte kopie lékařských zpráv:**

Datum  
| | | | | 2 | 0 | | | |

Jméno lékaře / název zdravotnického zařízení:  
.....

Adresa

Telefon  
| | | | | | | | | | | |

.....  
Razítko a podpis lékaře