

Molimo Vas da odgovorite na sva pitanja kako biste nam omogućili brže rješavanje Vašeg zahtjeva.

LIJEČNIČKI IZVJEŠTAJ O POSLJEDICAMA NEZGODE

Podaci o osiguraniku	
Ime i prezime osiguranika	
JMBG	
Adresa	
Kontakt telefon i email	
Zaposlenje i radno mjesto	
Naziv doma zdravlja u kojoj se vodi zdravstveni karton osiguranika	
Podaci o pregledu	
Datum i mjesto liječničkog pregleda	
Institucija, te ime i prezime liječnika koji je izvršio pregled osiguranika	
Dijagnoza povrede	
Opis svih povreda koje je osigurnik pretrpio pri nezgodi	
Da li postoji sumnja da je osiguranik u trenutku nastanka nezgode bio u alkoholiziranom stanju?	
Da li postoji sumnja da je do povrede došlo usljed samoozlijeđivanja ili pokušaja samoubistva?	
Podaci o boravku u zdravstvenoj ustanovi	
Da li je osiguranik boravio u zdravstvenoj ustanovi radi sanacije posljedica nezgode? Ukoliko jeste, navedite instituciju i period boravka.	
Da li je osiguranik podvrgnut banjskom/rehabilitacionom liječenju u instituciji koja je odobrena od strane nadležnog organa, a po nalogu liječnika? Ukoliko jeste, navedite instituciju i period boravka.	

Da li se osiguranik istovremeno liječio od druge povrede ili bolesti? Ukoliko jeste, navedite bolest/povredu, instituciju i period liječenja.

Podaci o posljedicama ranijih bolesti i povreda

Da li je osiguranik prije predmetne nezgode imao tjelesnu manu ili neki oblik invaliditeta? Ukoliko jeste, navedite kada i u kojem obliku.

Da li je osiguranik prije predmetne nezgode pretrpio istu povredu po drugom osnovu? Ukoliko jeste, navedite kada, u kojem obliku, te posljedice koje su ostale.

Da li osiguranik boluje od proširenih vena, dijabetesa, reumatičnih oboljenja, epilepsije, oboljenja disajnih organa, srca ili krvnih sudova? Ukoliko boluje, navedite od kada i u kojem obliku.

Podaci o posljedicama predmetne nezgode

Tačan opis svih trajnih posljedica u anatomske i funkcionalnom pogledu, a koje su nastale usljed povreda zadobijenih pri predmetnoj nezgodi.
(obratiti pažnju na ograničenja pokretljivosti pojedinih zglobova uz naznaku krajnjih granica u stepenima, amputacije, rigidnosti, ankiloze pojedinih zglobova i slično.)

Da li su ranije povrede i bolesti utjecali na posljedice predmetne nezgode? Ukoliko jesu, navedite kako i u kojoj mjeri.

Da li je moguće poboljšanje ili pogoršanje sadašnjeg stanja? Ukoliko jeste, navedite na koji način i u kojoj mjeri.

Da li je moguće operacijom umanjiti posljedice, odnosno poboljšati trenutno stanje?

Da li smatrate da je potrebna još neka vrsta liječenja? Ukoliko jeste, navedite koja.

Da li se osiguranik pridržavao svih uputa liječnika povodom predmetne nezgode? Ukoliko nije, navedite posljedice nastale usljed nepridržavanja.

Svojevoljno i pod punom moralnom, materijalnom i krivičnom odgovornošću izjavljujem da su sve gore navedene informacije istinite i potpune, te da ću snositi sve zakonske posljedice u slučaju neistinitih i/ili nepotpunih informacija.

Datum i mjesto potpisivanja izvještaja

Potpis liječnika i pečat zdravstvene ustanove	
Potpis ovlaštenog primaoca izvještaja	
Datum dospijeća u Odjel šteta	