

Declarația medicului (pentru solicitarea de despăgubire în caz de invaliditate totală din orice cauză) – de completat

de către medicul care cunoaște cele mai multe amănunte despre caz

Europe House
B-dul Lascăr Catargiu nr. 47-53
RO-010665, sector 1, București,
România

T +40 21 208 41 00
F +40 21 208 41 01
www.alico.ro / h.o@alico.ro

Numele pacientului:

Vârsta:

Data: _____

1. Care a fost data producerii accidentului-îmbolnăvirii? Care a fost cauza accidentului (descrieți)? Care parte a corpului a suferit vătămări?

2. Era pacientul, la data producerii acestui accident-îmbolnăviri, afectat de alte accidente anterioare sau îmbolnăviri? Dacă da, vă rugăm detaliați.

3. Care au fost circumstanțele/detaliile producerii acestui accident?

4. Era pacientul sub influența băuturilor alcoolice, medicamentelor, drogurilor, etc. la momentul producerii accidentului? Dacă da, vă rugăm detaliați.

5. A fost accidentul cauzat sau provocat intenționat de către pacient? Dacă da, vă rugăm descrieți.

6. Diagnosticul, anamneza, complicații (precizați codul medical al acestora):

7. În cazul în care a fost practică o radiografie, vă rugăm descrieți și atașați rezultatul.

8. Care a fost prima data când acest pacient a fost consultat sau tratat în legătură cu această îmbolnăvire / acest accident?

Data: _____ De către cine ? Numele: _____

Adresa și telefonul (inclusiv numărul de înregistrare al consultației):

9. Spitalizare. Data internării: _____ Data externării: _____

Numele, adresa și telefonul instituției medicale, numărul foii de observație:

10. A fost practică vreă intervenție chirurgicală în acest caz? Dacă da, vă rugăm precizați detalii (tipul acesteia), în cazul unei suturi precizați lungimea și direcția.

11. Care a fost tratamentul aplicat?

12. Dacă accidentul a avut ca urmare o cicatrice, precizați localizarea, lungimea și tipul acesteia (primară, secundară, cheloidă)

13. În cazul în care pacientul a suferit o arsură, vă rugăm precizați gradul și suprafața în procente sau cm².

14. Precizați numele, adresa și telefonul celorlați medici care au furnizat consultații și tratament în acest caz.

15. A fost necesară o perioadă de convalescență sau de tratament ambulatoriu după spitalizare?

Dacă da, precizați data: de la _____ la _____

Durata incapacității de muncă: de la _____ la _____

16. A mai avut pacientul același tip sau alte tipuri similare de accidentări-îmbolnăviri în trecut?

DA NU

Dacă da, precizați detalii.

17. Ați mai tratat anterior acest pacient? DA NU Când? _____

Precizați motivul:

18. Pacientul prezintă vreo suferință sau afecțiune cronică? Dacă da, vă rugăm descrieți (specificați de când)

19. S-a datorat acest accident ocupației practicate de pacient? Dacă da, vă rugăm descrieți.

20. Descrieți starea actuală de sănătate a pacientului. Care este gradul de invaliditate (detalii)?

21. Considerați că vor exista consecințe permanente? Dacă da, vă rugăm descrieți

22. Pacientul este dreptaci / stângaci (în cazul unei accidentări a membrilor superioare)

Certific în continuare că toate răspunsurile la întrebările de mai sus sunt corecte și adevărate conform cunoștințelor mele.

Data:

Numele, semnătura și parafa medicului

Adresa:

Telefon:

Această declarație medicală nu constituie o sursă de decontare.

