

## ZPRÁVA LÉKAŘE

Žádáme Vás zdvořile o podání lékařské zprávy formou odpovědí na následující otázky. Hodící se zaškrtněte, v případě nevědomosti odpovídejte prosím: nevím, nejsem informován, zatím nelze stanovit apod.

Pokud nebude stačit místo, použijte přílohu, na kterou upozorníte v textu.

**V případě, že byl pacient hospitalizován, pošlete nám prosím kopii propouštěcí zprávy. Pokud nám zašlete originál, bude Vám obratem vrácen.**

Jméno klienta:	Rodné číslo:
Datum prvního lékařského ošetření (adresa zdravotního zařízení, ošetřující lékař):	
Udaná příčina úrazu / onemocnění:	
Popis poranění / průběh onemocnění:	
Diagnóza:	
Diagnóza je: <input type="checkbox"/> vrozená <input type="checkbox"/> získaná nemocí <input type="checkbox"/> získaná úrazem <input type="checkbox"/> získaná v souvislosti s drogovou, či jinou závislostí <input type="checkbox"/> jiný důvod:	
Popis RTG:	
Způsob a průběh léčení:	
Medikace:	
Operace:	
Rehabilitace (uved'te formu, délku, kolikrát týdně a datum ustálení zdravotního stavu):	
Kde byl pacient hospitalizován?	
místo _____	od _____ do _____
místo _____	od _____ do _____
Došlo-li k prodloužení doby léčení v důsledku dalších komplikací (např. hnisání apod), uveďte prosím, z jaké příčiny a o jaké komplikace šlo:	

Doba vystavené PN: od _____ do _____	
Doba, na kterou by byla PN vystavena u osob, kterým se PN nevystavuje: od _____ do _____	
Pokud nebyla PN vystavena, sdělte důvod:	
Je léčení úrazu ukončeno? <input type="checkbox"/> ANO - od: _____ <input type="checkbox"/> NE - výhledově od: _____	
Byly dodržovány Vaše pokyny a doporučená léčba? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pokud NE, vysvětlete blíže:	
Byly poraněné části těla již nějak postiženy předtím? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pokud ANO, jak a v jakém rozsahu:	
Vyskytly se před úrazem / onemocněním nějaké poruchy zdraví, které by mohly mít souvislost s úrazem / s nemocí? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pokud ANO, které a v jakém rozsahu:	
Došlo k úrazu / onemocnění následkem požití alkoholu nebo jiné návykové látky? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pokud ano, jaké? Jaké případně byly naměřeny hodnoty?	
Bylo příčinou úrazu sebepoškození? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Předpokládáte, že úraz / onemocnění zanechá trvalé následky? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pokud ANO, jakého pravděpodobného druhu a rozsahu?	
V případě, že úraz zanechal jizvu, uveďte její charakter (viditelná, keloidní), lokalizaci, velikost (délka, šířka), případně komplikace:	
Poraněný je: <input type="checkbox"/> PRAVÁK <input type="checkbox"/> LEVÁK	
Byl pacient během posledních 5 let v PN se stále se opakující diagnózou nebo skupinou diagnóz úzce souvisejícími s úrazem / nemocí? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pokud ANO, uveďte prosím diagnózu, termín PN a jména a adresy ošetřujících lékařů.	
Jiná sdělení lékaře:	
_____	_____
datum	razítko a podpis lékaře