

### Zpráva lékaře

Žádáme Vás zdvořile o podání lékařské zprávy formou odpovědi 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 upozorněte 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 (uvedte 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:	
<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:		
<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">datum</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">razítko a podpis lékaře</p>		

