

K vyplněnému a podepsanému formuláři přiložte následující dokumenty a odešlete je do ČP ZDRAVÍ:

- Kopie Posudku o invaliditě vydaného příslušnou Okresní správou sociálního zabezpečení (OSSZ)
- Kopie Rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně z České správy sociálního zabezpečení
- Lékařem vyplněná část B. tohoto formuláře

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

část B. VYPLNÍ LÉKAŘ (dle dostupné zdravotní dokumentace)

Pacient/ka: Jméno a příjmení: _____ Rodné číslo: _____		
Zdravotní stav pacienta/ky: Invalidita 3. stupně přiznána od: _____		
Diagnóza, pro kterou byla invalidita 3. stupně přiznána (v případě více diagnóz uveďte jejich procentní podíl)		
Diagnóza 1: _____	Procentní podíl: _____	_____
Diagnóza 2: _____	Procentní podíl: _____	_____
Diagnóza 3: _____	Procentní podíl: _____	_____
Diagnóza 4: _____	Procentní podíl: _____	_____
Diagnóza 5: _____	Procentní podíl: _____	_____
Datum vystavení: _____	Razítko a podpis lékaře: _____	

Náklady na vystavení tohoto potvrzení nese pojištěný (pacient/ka).