

**PU č.:**

## POSUDEK O BOLESTNÉM

Pro potřeby ČPP, a.s., která projednává náhradu škody na zdraví z odpovědnosti z provozu vozidla

### Poškozený

Jméno: ..... Příjmení: ..... Titul: .....

Adresa: ..... PSČ: .....

Tel.: ..... Mobil: ..... E-mail: .....

Rodné číslo: .....

Datum vzniku úrazu: .....

Vstoupil do léčení dne: ..... Léčení skončeno dne: .....

Práce neschopen od: ..... do: .....

Pracovní neschopnost vznikla v souvislosti se zraněním při dopravní nehodě:\* ANO - NE

### Bodové ohodnocení vzniklého úrazu dle vyhlášky 440/2001 Sb.

Popis jednotlivých zranění (české názvy)	Kód	Počet bodů	Zvýšeno o
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

**Celkový počet bodů** .....

\*Bolestné zvýšeno dle § 6 vyhl. 440/2001 Sb. pro:

1. náročný způsob léčby - zejména infekce rány (nejvýše o 50 %)
2. mimořádně náročný způsob léčby - zejména plicní ventilace, kanylace velkých cév a dialýza (nejvýše o 100 %)

\*Nehodici se škrtněte

1. Byl poškozený před úrazem zdrav: \* ANO - NE

2. Jakou chorobou trpěl v době úrazu (český název):
3. Měl předchozí zdravotní stav vliv na: a) vznik úrazu ..... b) rozsah a následky úrazu .....
4. Stal se úraz pod vlivem alkoholu (uved'te promile alkoholu v krvi), jiné návykové látky nebo léku označeného varovným symbolem:
5. Lze předpokládat, že úraz zanechá trvalé následky? * ANO - NE  Uved'te jaké následky:
6. Poznámka (co můžete pro doplnění nebo objasnění posudku o bolestném uvést):

Za vyhotovení tohoto lékařského posudku byla poškozenému vyúčtována úhrada  
ve výši ..... Kč, kterou uhradil.

Prohlašuji a svým podpisem potvrzuji, že tento posudek byl vypracován podle přílohy 1 vyhlášky 440/2001 Sb., ve znění pozdějších předpisů na základě zdravotnické dokumentace od všech zdravotnických zařízení, v nichž byl poškozený pro úraz léčen.

V ..... dne .....

.....

Razítko a podpis lékaře

**Poučení**

Dle ust. § 46 odst. 1 zák. č. 373/2011 sb., o specifických zdravotních službách, lze podat návrh na přezkoumání lékařského posudku poskytovateli, který posudek vydal. Návrh lze podat do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání a nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěrů vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá, zdravotně způsobilá s podmínkou nebo pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost.