

ФОРМУЛЯР № 3

**ИСК ЗА ОБЕЗЩЕТЕНИЕ ЗА ТРАЙНА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ (пълна и частична)
ДОКЛАД НА ЛИЧНИЯ/ЛЕКУВАЩИЯ ЛЕКАР
относно актуалното здравословно състояние на застрахования**

Име на Застрахования :
ЕГН:

1. Начало на състоянието на трайна нетрудоспособност (кога са се появили първите симптоми на заболяването / кога е станала злополуката)?

.....
.....

2. История на заболяването, в това число и ако е резултат от злополуката (диагноза, основно оплакване, лечение, усложнения):

а/ При случаи на сърдечносъдови заболявания (СН, миокарден инфаркт, мозъчен инсулт, исхемия). Моля да посочите налични ли са изброените по-долу заболявания и рискови фактори. Моля посочете при възможност дата на първа диагноза, както и провежда ли се лечение и от кога!

Захарен диабет отТип Инсулинозависим захарен диабет (ДА) (НЕ)

Артериална хипертония от дата Степен Лечение.....

Исхемична болест на сърцето, Стенокардия, Стар инфаркт, Сърдечна интервенция, друга съдово заболяване от дата Степен Лечение/описание

Дислипидемия от дата Степен Лечение.....

Обезитас от дата Степен Лечение.....

Тютюнопушене – количество Употреба на алкохол – количество

Профилактични прегледи във връзка с описаните по-горе рискови фактори:

дата: диагноза:

дата: диагноза:

дата: диагноза:

дата: диагноза:

Други

б/ При случаи на нетрудоспособност от други заболявания (онкологични, резултат от чернодробни, бъбречни, белодробни заболявания).

Моля посочете при възможност дата на първите оплаквания

Моля посочете при възможност дата на първия преглед във връзка със заболяването

Моля посочете при възможност дата на първа точна диагноза

Лечение

Усложнения

Други

в/ Профилактични прегледи:

дата:	диагноза:
дата:	диагноза:
дата:	диагноза:
дата:	диагноза:
дата:	диагноза:

3. Кога пациентът е получил за първи път медицинска консултация във връзка с горепосоченото оплаквания? В случай на злополука, веднага след нея ли са се появили оплакванията и ли след определен период от време – моля посочете кога!
.....
.....
.....

4. Актуално здравословно състояние към момента:
(Уточнете дали се е възстановил, подобрил, влошил или е без подобрение, има ли оплаквания и какви)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(Състоянието се установи след извършване на следните медицински прегледи и изследвания)
.....
.....
.....

5. Заболяването / състоянието необратимо ли е? (ако “Да”, моля обяснете)
.....
.....

6. Заболяването / условията довели до реализирането на злополуката произтича ли от професията на пациента? (ако “Да”, моля обяснете)!
.....
.....

7. Степен и продължителност на загубена трудоспособност? (характерът на заболяването/ последиците от претърпяната злополука предполага ли невъзможност пациентът да изпълнява какъвто и да е вид работа, занятие или професия за остатъка от живота си – моля дайте подробно обяснение)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. Режим, противопоказания и предписания:

9. Друго

С НАСТОЯЩОТО УДОСТОВЕРЯВАМ, ЧЕ ОТГОВОРИТЕ МИ НА ГОРЕ ПОСТАВЕНИТЕ ВЪПРОСИ СА ВЕРНИ И ПРАВИЛНИ, ДОКОЛКОТО МИ Е ИЗВЕСТНО И ПО МОЕ ДЪЛБОКО УБЕЖДЕНИЕ.

Информация за лекаря попълнил документа

<i>Име:</i>		<i>УИН</i>	
<i>Специалност:</i>			
<i>Адрес:</i>		<i>Телефон:</i>	
<i>Дата</i>		<i>Подпис и печат:</i>	