



PROTOKOL O VSTUPNÍ LÉKAŘSKÉ PROHLÍDCE

ENTRANCE MEDICAL EXAMINATION REPORT

pro ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ typu „NOVOROZENEC“ for FOREIGNERS' MEDICAL INSURANCE - „NEWBORN BABY“ cover

Údaje uvedené v protokolu o vstupní lékařské prohlídce nesmí být starší 30 dnů
The data referred to in this report for an initial medical check-up must be no older than 30 days

ÚDAJE O ZÁJEMCI [CLIENT DETAILS]: (Zájemce je osoba, na jejíž zdraví se má pojištění vztahovat [The client is the person whose health the insurance is to cover])

Jméno: First name	Příjmení: Surname	Titul (před jménem, za jménem): Title (before and after name)	Datum narození (den, měsíc, rok): Date of birth (day, month, year):	Pohlaví (Sex): Žena-Z Woman Muž-M Man
Průkaz totožnosti (číslo, kde a kým vydán): Identity card (number, where issued and by whom):	Státní příslušnost: Citizenship	Telefon: Telephone		
Kontaktní adresa v ČR: Contact address in the Czech Republic				
Ulice a orientační číslo: Street and house number				
PSC: Postcode	Obec (dodávací pošta): Municipality (delivering post office):			

VPYPLŇUJE PRAKTICKÝ LÉKAŘ NEBO INTERNISTA:

TO BE COMPLETED BY THE GENERAL PRACTITIONER OR INTERNIST

Rodinná anamnéza: (vyplňte podrobně, zátěže, rizika)

Family history: (please complete in detail, encumbrances and risks)

Osobní anamnéza: (vyplňte podrobně rizikové faktory, alergie, operace, hospitalizace, pravidelná lékařská sledování, provozování rizikových sportů a činností)

Personal history: (please fill in details of risk factors, allergies, operations, hospitalizations, regular medical checks, risk-prone sports and activities performed)

Životospráva: kouření: alkohol: návykové látky: rizikové chování:
Regimen smoking alcohol addictive substances risk-prone behaviour

Sociální anamnéza: (rodinný stav, bydlení)

Social history: (family, housing)

Pracovní anamnéza: (vzdělání, profese)

Employment history: (education, profession)

Subjektivní potíže:

Subjective disorders

Váha: (kg) Výška: (cm) Puls/min: TK:
Weight: (kg) Height: (cm) Pulse/min: Blood pressure

Vyšetření z krve: (uvést: V NORMĚ nebo hodnoty ve vztahu k normě) FW:
Blood test: (state uvést: AT PAR or values in relation to par) sedimentation

AST*): ALT*): GMT*): bili*): HBsAg*):
aspartate transaminase alanine transaminase gama-glutamyl transferase bilirubin hepatitis B surface antigen

Vyšetření moče: moč + sediment (81248) RRR*): (82145)
Urine exam urine + sediment search test for syphilis

Objektivně:

Objectively

Diagnóza: (i funkčně)

Diagnosis: (in functional terms)

Ve vztahu k zamýšlenému pojištění: (zakřížkujte zvolené vyjádření)

With regard to the intended insurance: (place a cross against the selected statement)

- riziko žádné nebo minimální
zero or minimum risk
- příliš vysoké riziko - s předpokladem velmi nákladného léčení
risk too high very expensive treatment anticipated

Je vhodné / indikované toto vyšetření laboratorní, přístrojové i odborné (bude provedeno pouze po odsouhlasení revizním lékařem!)

This laboratory, instrument or specialist examination is appropriate / indicated (only to be performed with the approval of the medical examiner)

PROTOKOL VYSTAVIL:

Report compiled by

Datum
Date

jméno, podpis a otisk razítka vyšetřujícího lékaře
name, signature and stamp of medical examiner

*) u zájemců starších 15 let [for clients aged 15 and above]

Potvrzení o negativitě HIV:*Confirmation of HIV negativity:*

Datum testu HIV: (nesmí být starší 30 dnů před sjednáním pojištění)
Date of HIV test (must not be older than 30 days prior to the insurance being taken out)

negativní
negative

pozitivní
positive

.....
jméno, podpis a otisk razítka vyšetřujícího lékaře
name, signature and stamp of medical examiner

VYPLŇUJE GYNEKOLOG:*TO BE COMPLETED BY THE GYNECOLOGIST***Gynekologická anamnéza:***Gynecological history*

v případě těhotenství cílené gynekologické vyšetření (63022), sono (63417) a výsledky dosud provedených screeningových vyšetření
in cases of pregnancy a targeted gynecological examination (63022), a sonograph (63417) and the results of previously performed screening

.....
.....
.....

Datum
Date

.....
jméno, podpis a otisk razítka vyšetřujícího lékaře
name, signature and stamp of medical examiner

Čestné prohlášení zájemce = vyšetřovaného:*Statutory declaration by the client/examinee*

Žádám o pojištění typu "Novorozenec".
I hereby apply for "New-born Baby" insurance.

Prohlašuji, že jsem nezatajil žádnou závažnou skutečnost, týkající se mého zdravotního stavu.
I declare that I have not concealed any important fact relating to my state of health.

Beru na vědomí, že výsledky vstupní lékařské prohlídky mají platnost maximálně 30 dní.
I take cognizance of the fact that the results of the entrance medical examination are valid for a maximum of 30 days

V dne:
In day

.....
vlastnoruční podpis vyšetřovaného (zákonného zástupce/ opatrovníka)
signature of the examinee (or legal representative/ guardian) in own hand

VYPLŇUJE Pojišťovna VZP, a.s.:*TO BE COMPLETED BY POJIŠŤOVNA VZP, a.s.***ZÁVĚR REVIZNÍHO LÉKAŘE: (zakřížkujte zvolené vyjádření)***CONCLUSION OF PHYSICIAN REVIEWER: (place a cross against the selected statement)*

Stanovisko RL ke sjednávání PS:
Physician reviewer's standpoint on the insurance policy to be taken out

.....
.....

Pojistit
Insure

Nepojistit
Do not insure

Datum
Date

.....
jméno, podpis a otisk razítka revizního lékaře
name, signature and stamp of physician reviewer