

Szerződésszám: \_\_\_\_\_  
Kárszám: \_\_\_\_\_

## Szolgáltatási igénybejelentő élet-, baleset-, betegség- és egészségbiztosításhoz

Balesetből eredő sérülés, balesetből, illetőleg betegségből eredő fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelés, műtét, munkaképtelenség, rokkantság, kritikus betegség, gyógyulási támogatás, nyugdíjazás, valamint gyermekszületés esetén szolgáltatás igénylésére

(Minden kérdésre szíveskedjék válaszolni. A megfelelő négyzetbe tegyen X jelet).

### A szerződő adatai:

1. Családi és utóéve: \_\_\_\_\_  
2. Születés kori neve:<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
3. Lakcíme: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ út/utca, házszám, emelet, ajtó

### A biztosított adatai:

4. Családi és utóéve: \_\_\_\_\_  
5. Születés kori neve:<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
6. Anyja leánykori neve: \_\_\_\_\_  
7. Születési helye: \_\_\_\_\_ Ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap  
8. Lakcíme (levelezési címe): \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ út/utca, házszám, emelet, ajtó  
9. Az azonosító okmány típusa:  Személyi igazolvány  Személyazonosító igazolvány  Útlevel  Kártyás vezetői engedély<sup>2</sup>  
10. Az azonosító okmány száma: \_\_\_\_\_ Lakcímet igazoló kártya száma: \_\_\_\_\_

### A biztosított

11. Munkahelye (tanulóknál az iskola neve): \_\_\_\_\_  
12. Foglalkozása/munkaköre: \_\_\_\_\_ Táppénzjogosult-e?  nem  igen  
13. Tájé száma: \_\_\_\_\_  
14. Telefonszáma: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Faxszáma: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-mail címe: \_\_\_\_\_  
15. Házi orvosának neve: dr. \_\_\_\_\_  
rendelője címe: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ út/utca, házszám, emelet, ajtó  
16. Folytat-e hivatásos sporttevékenységet?  nem  igen Ha igen, mit? \_\_\_\_\_  
17. Nyugellátásban (öregségi, rokkantsági, egyéb) részesül-e?  nem  igen  
18. Ha igen, milyen nyugellátásban? \_\_\_\_\_ A nyugellátás kezdete: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap  
19. Kiskorú biztosított esetén a szülő, gondviselő  
Neve: \_\_\_\_\_  
Lakcíme: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ út/utca, házszám, emelet, ajtó  
20. A szerződés  jövedelemigazolás nélkül  jövedelemigazolással jött létre.

### 21. Fekvőbeteg-gyógyintézeti ápolás esetén kitöltendő: (Zárójelentését, kórházi igazolását szíveskedjék mellékelni.)

Az ápolás kezdete: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap Az ápolás vége: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap  
Az ápolás oka:  baleset  betegség Műtét történt-e?  nem  igen A műtét megnevezése: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Előző név, leánykori név. <sup>2</sup> Kizárólag lakcímkártyával együtt.

**22. Baleset esetén kitöltendő:** (Zárójelentését, kórházi igazolását, összes leletét, ha készült rendőrségi határozat azt is, szíveskedjék mellékelni.)

A baleset időpontja: \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap \_\_\_\_\_ Jóra Helye: \_\_\_\_\_

A baleset leírása: \_\_\_\_\_

Volt-e hivatalos intézkedés?  nem  igen Ha igen, melyik rendőrhatalóság járt el? \_\_\_\_\_

A jelen balesettel kapcsolatban történt-e alkoholvizsgálat?  nem  igen (Az alkoholvizsgálat eredményét szíveskedjék mellékelni.)

Ha igen, hol történt és ki végezte? \_\_\_\_\_

A jelen balesettel kapcsolatban hol és mikor kezelték először? \_\_\_\_\_

A jelen balesettel kapcsolatban történt-e kórházi kezelés?  nem  igen Műtét?  nem  igen

Ha igen, az intézmény neve: \_\_\_\_\_

címe: \_\_\_\_\_ Jhelység,  
\_\_\_\_\_ Jút/utca, házszám

Maradandó egészségkárosodást okozott-e a jelen baleset?  nem  igen (Legutolsó kontroll leleteit szíveskedjék mellékelni.)

Volt-e már előzőleg sérülése a jelenleg sérült testrészén?  nem  igen (Táppénzes igazolását szíveskedjék mellékelni.)

Ha igen, mikor és milyen volt? \_\_\_\_\_

A sérülés okozta táppénzes betegállomány első napja: \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap utolsó napja: \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap

**23. Betegség esetén kitöltendő:** (Orvosi leleteit szíveskedjék mellékelni.)

A betegség pontos megnevezése: \_\_\_\_\_ BNO kód: \_\_\_\_\_

Volt-e már azelőtt is ilyen jellegű betegsége?  nem  igen Ha igen, mi és mikor? \_\_\_\_\_

**24. Napi térítés esetén kitöltendő:** (Az orvos tölti ki.)

**Orvosi igazolás**

|                      |           |                                |                                      |
|----------------------|-----------|--------------------------------|--------------------------------------|
| A diagnózis leírása: | BNO száma | A keresőkép telenség kezdete   | A keresőkép telenség várható tartama |
| _____                | _____     | _____ Jév _____ Jhó _____ Jnap | _____                                |

Az igazolás kelte: \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap Az orvos bélyegzője és aláírása: \_\_\_\_\_

|                      |           |                                |                                      |
|----------------------|-----------|--------------------------------|--------------------------------------|
| A diagnózis leírása: | BNO száma | A keresőkép telenség kezdete   | A keresőkép telenség várható tartama |
| _____                | _____     | _____ Jév _____ Jhó _____ Jnap | _____                                |

Az igazolás kelte: \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap Az orvos bélyegzője és aláírása: \_\_\_\_\_

|                      |           |                                |                                      |
|----------------------|-----------|--------------------------------|--------------------------------------|
| A diagnózis leírása: | BNO száma | A keresőkép telenség kezdete   | A keresőkép telenség várható tartama |
| _____                | _____     | _____ Jév _____ Jhó _____ Jnap | _____                                |

Az igazolás kelte: \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap Az orvos bélyegzője és aláírása: \_\_\_\_\_

**25. Nyugdíj-biztosítási szolgáltatáshoz:** (A nyugdíj-megállapító határozatot szíveskedjék mellékelni.)

A nyugdíj jogcíme:  öregségi  szolgálati  kivételes ellátás A nyugdíjfolyósítás kezdő napja: \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap

A nyugdíj-megállapító határozat kibocsátója: \_\_\_\_\_

Száma: \_\_\_\_\_ Kelte: \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap

**26. Gyermekszületési szolgáltatáshoz:** (A születési anyakönyvi kivonatot és a tagsági könyvet szíveskedjék mellékelni.)

A gyermek neve: \_\_\_\_\_  
A gyermek születésének helye: \_\_\_\_\_ Ideje: \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap \_\_\_\_\_  
A gyermek születési anyakönyvi kivonatának kibocsátója: \_\_\_\_\_  
Folyószáma: \_\_\_\_\_

**27. Rokkantsági és rokkantsági díjmentesítési szolgáltatáshoz:**

A rokkantsági csoport foka:  TB I.  TB II.  TB III.  baleseti rokkantság minimum 50%  baleseti rokkantság 50%  
 Legalább 50%-os baleseti rokkantság miatt zárójelentéseket csatol, és elbírálást kér.  
 TB I. TB II. és baleseti rokkantsági alapon megállapított TB III. rokkantság (Prémium életbiztosítás és Munkavállalói csoportos személybiztosítás esetén) miatt OOSZI szakvéleményt és a Nyugdíjbiztosítási Igazgatóság által kibocsátott határozatot mellékel.

**28. Sportbaleset-biztosítás esetén kell kitölteni!** (A baleseti jegyzőkönyvet és az orvosi leleteket szíveskedjék mellékelni.) !

A sportegyesület neve: \_\_\_\_\_  
Székhelye: \_\_\_\_\_ Jhelység, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Jút/utca, házszám \_\_\_\_\_  
A baleset  edzés vagy  mérkőzés közben történt? Ha mérkőzés közben:  barátságos  bajnoki  kupa  válogatott  nemzetközi  
Sportbaleset esetén a sportkörnek (egyesületnek) a fent jelölt balesetet igazoló aláírása és bélyegzője:

\_\_\_\_\_  
az aláírás és a bélyegző helye

**Szolgáltatás teljesítése:** (A szolgáltatási igény teljesítéséhez a kitöltése nélkülözhetetlen.)

a) a(z) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Jszámú bankszámlára átutalni, vagy  
b) a(z) \_\_\_\_\_ Jhelység, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Jút/utca, házszám, emelet, ajtó címre megküldeni.  
A kifizetendő szolgáltatási összegből \_\_\_\_\_ Ft átkönyvelést kérek az Allianz Hungária Biztosító Zrt.-nél érvényben lévő \_\_\_\_\_ Jszereződés-számú, \_\_\_\_\_ Jelnevezésű biztosításra  rendszeres/egyszeri díjként, vagy  eseti díjként.

Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adataim a valóságnak megfelelnek.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
a biztosított saját kezű aláírása

**A biztosító tölti ki!**

A szerződő/biztosított adatait az azonosító iratok alapján személyesen egyeztettem.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
az adategyeztetést végző neve  
nyomtatott betűkkel

\_\_\_\_\_  
az adategyeztetést végző aláírása

Allianz fiók bélyegzője

## Tájékoztató

### a személyes adatok kezeléséről a szolgáltatási igény teljesítéséhez

**Személyes adatnak** minősül az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely egy meghatározott természetes személlyel (a továbbiakban: érintett) kapcsolatba hozható. A személyes adat biztosítási titoknak minősül.

A biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. Az adatszolgáltatás önkéntes, de a biztosítási ajánlaton rögzített egyes személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez. Az adatkezelés céljával összefüggésben a biztosító tudomására jutott adatokat a biztosító a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (a továbbiakban: Bit.) értelmében az ügyfél külön hozzájárulása nélkül kezelheti. E törvényi felhatalmazás kizárólag azon személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatnak.

Ha a személyes adat az egészségi állapotra, kóros szenvedélyre vonatkozik, akkor az a hatályos jogszabályok értelmében **különleges adatnak** minősül, és az kizárólag az ügyfél írásbeli hozzájárulása alapján kezelhető.

**Az adatkezelés időtartama:** a biztosító a személyes (és azon belül a különleges) adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító, mint adatkezelő az adatok feldolgozásával leányvállalatát, a Hungária Biztosító Számítástechnikai Kft.-t (Cg. 01-09-069554, 1553 Budapest, Pf. 40) bízta meg, amely szervezet az adatokat nyilvántartja. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez – postai vagy banki átutalás esetén – igénybevett Magyar Posta Zrt. és a jogosult által megnevezett bank adatfeldolgozóknak minősül.

A biztosító és az ügynöke, illetve megbízottja a tevékenysége során tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat (személyes és vagyoni adatokat, a szer-

ződés adatait) – a jogszabályban meghatározott eseteket kivéve – csak akkor hozhatja harmadik személy tudomására, ha a titoktartási kötelezettsége alól az érintett ügyféltől vagy annak törvényes képviselőjétől a kiszolgáltatható titokkört megjelölve írásban felmentést kapott. Nem sért biztosítási titokra vonatkozó szabályt a biztosító, ha jogszabály alapján történő megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során bocsát biztosítási titoknak minősülő adatokat a jogszabályban meghatározott szerv(ezet) rendelkezésére.

A biztosító egyes biztosítási szolgáltatások során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a szolgáltatás nyújtásához a megbízott speciális szakértelmére van szükség. A kiszervezett biztosítási tevékenységet végző megbízott személyes adatokat kezel, és a törvény titoktartásra kötelezi. A biztosítónak a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége ez esetben a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben nem áll fenn.

A biztosító ügyfele a saját személyes, nyilvántartott, illetve továbbított adatairól – az erre vonatkozó törvényekben rögzített korlátozásokkal – jogosult tájékoztatást kapni, kérésére adatait a biztosító nyilvántartásában módosítja.

A biztosító és ügynöke a személyes adatokat a biztosítási, illetve megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási és megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító és ügynöke köteles törölni az ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy a létre nem jött szerződéssel kapcsolatos minden olyan személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt.

Az ügyfél jogellenes adatkezelés esetén élhet tiltakozási jogával, illetve bírósághoz is fordulhat. A biztosító, mint adatkezelő köteles a bejelentést a törvény előírása szerint kivizsgálni, és az ügyfelet írásban tájékoztatni.

## Nyilatkozat

Szerződésszám: \_\_\_\_\_  
Szolgáltatási igény: **betegség, baleset, nyugdíj**

Kijelentem, hogy a részemre átadott lapon szereplő személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatást megismertem, tudomásul vettem. Jelen nyilatkozataim a tájékoztatás ismeretében teszem meg.

1. Alulírott kedvezményezett/szolgáltatásra jogosult a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott **hozzájárulásomat**, hogy az Allianz Hungária Biztosító Zrt.

a) a **biztosítási szolgáltatás elbírálása és teljesítése céljából** a személyes és a különleges személyes adataimat (az egészségi adataimat) kezelje.

igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

b) a **szolgáltatás elbírálásához és a kár rendezéséhez** szükséges igazolványaimról, engedélyeimről fénymásolatot készítsen.

igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

c) a **jelen kár- és biztosítási eseménnyel összefüggésben** a személyes adataim felhasználásával a rendőrségi és ügyészségi iratokba betekintést nyerjen, valamint azokról másolatot kapjon.

igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

2. Alulírott biztosított (kiskorú esetén a szülő, gyám) önként és határozottan kijelentem, hogy a háziorvosomat, valamint mindazokat az egészségügyi intézményeket, orvosokat, gyógyszerészeket, természetgyógyászokat és gyógykezeléssel foglalkozó más személyeket, amelyek, illetve akik eddig kezeltek, valamint az Országos

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

Egészségbiztosítási Pénztárat, a Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóságot, a társadalombiztosítási kifizetőhelyet a szolgáltatási igénybejelentőben feltüntetett szerződésszámú biztosítással kapcsolatban az Allianz Hungária Biztosító Zrt.-vel szemben az őket terhelő titoktartás alól felmentem.

3. Hozzájárulok ahhoz, hogy az Allianz Hungária Biztosító Zrt. betekintsen a fentiekben felsorolt személyek, szervek, illetve szervezetek által kezelt, az egészségemre vonatkozó valamennyi olyan orvosi, valamint ezen szervek, személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentációba, amely kapcsolatos az igénybejelentőben szereplő szolgáltatás iránti igényem elbírálásával.

4. Hozzájárulok továbbá ezen orvosi és egyéb, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentációkban szereplő adatoknak az Allianz Hungária Biztosító Zrt. részére történő továbbításához is, valamint ahhoz, hogy az Allianz Hungária Biztosító Zrt ezen orvosi és egyéb dokumentációkról másolatot kapjon.

Az alábbi háziorvosi és egészségügyi intézmények, valamint más gyógykezeléssel foglalkozó szervezetek gyógykezelése alatt álltam:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a biztosított (kiskorú esetén szülő, gyám) saját kezű aláírása<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni. <sup>2</sup> Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze. <sup>3</sup> A biztosított (kiskorú sérülése esetén a szülő, gyám), megbízott a jelen nyilatkozatot csak személyesen jogosult megtenni

## Előzményvizsgálat egészségbiztosításnál

Az első biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosított háziorvosa tölti ki.)

Kérjük annak szíves közlését, hogy a biztosítottat, akinek

Neve: \_\_\_\_\_

Születési ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

Lakcíme: \_\_\_\_\_ helység,  
 \_\_\_\_\_ út/utca, házszám, emelet, ajtó

az egészségbiztosításra vonatkozó kockázatvállalást \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap megelőző 5 évben mikor és milyen betegségekkel kezelte, és a biztosított keresőképtelen volt-e a kezelés ideje alatt?

| A betegség ideje   | Keresőképtelen           |                          | Diagnózisa (BNO kóddal is) |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  | igen <sup>1</sup>        | nem <sup>1</sup>         |                            |
| _____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                      |
| _____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                      |
| _____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                      |
| _____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                      |
| _____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                      |
| _____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                      |
| _____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                      |
| _____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                      |
| _____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                      |
| _____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                      |
| _____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                      |
| _____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                      |
| _____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                      |
| _____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                      |
| _____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                      |
| _____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                      |

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
 az orvos bélyegzője és aláírása

<sup>1</sup> A megfelelő rovatához tegyen × jelet

## Orvosi bizonyítvány

Lehetőleg a sérülést első ízben ellátó orvos (gyógyintézet) töltse ki.

Az sérült családi és utóneve: \_\_\_\_\_

Születési ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

Lakcíme: \_\_\_\_\_ helység,  
 \_\_\_\_\_ út/utca, hászám, emelet, ajtó

Az orvos családi és utóneve: \_\_\_\_\_

Rendelőjének címe: \_\_\_\_\_ helység,  
 \_\_\_\_\_ út/utca, hászám

| Sorszám | Kérdések  | Feleletek (magyar szakkifejezésekkel, olvashatóan töltendő ki)  |
|---------|---|---|
| 1.      | Miben áll a vizsgálatkori lelet? (pontos, mindenre kiterjedő leírást kérünk, a baleset már meglévő következményeiről is):   |   |
| 2.      | Az esetleges röntgenlelet szó szerinti szövege:   |   |
| 3.      | A sérülés baleseti eredete a vizsgálat alapján kétségtelenül megállapítható-e?  |   |
| 4.      | A jelenleg sérült testrész volt-e azelőtt már betegség vagy baleset következtében sérült vagy csonkolt?   |   |
| 5.      | A sérült a baleset előtt szenvedett-e olyan szellemi vagy testi fogatkozásban, amely:<br>a) hozzájárult a baleset előidézéséhez?<br>b) súlyosbítja a baleset által előidézett egészségromlást?<br>Ha igen, szíveskedjék részletes leírást adni! |   |
| 6.      | Melyek a balesetnek:<br>a) a már meglévő következményei?<br>b) a valószínűleg várható következményei?<br>c) várható gyógytartama?   |   |
| 7.      | Az esetleges kórházi (gyógyintézeti) ápolás helye és ideje:   | Gyógyintézet neve: _____<br>címe: _____<br>_____<br>_____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ nappig |
| 8.      | A sérülés okozta táppénzes betegállomány első napja:<br>utolsó napja:   | _____ év _____ hó _____ nap<br>_____ év _____ hó _____ nap  |
| 9.      | Ha nem jogosult táppénzre, a folyamatos munkaképtelenség első napja:<br>utolsó napja:   | _____ év _____ hó _____ nap<br>_____ év _____ hó _____ nap  |
| 10.     | Mióta kezeli Ön a sérültet?   | _____ év _____ hó _____ nap   |
| 11.     | Miben áll a kezelés?  |   |
| 12.     | Ittas volt-e a sérült a baleset időpontjában? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen<br>Történt-e véralkohol-vizsgálat? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen<br>Ha igen, mi az eredménye?             |   |
| 13.     | Vannak-e még erre a balesetre vagy a gyógyfolyamatra vonatkozó észrevételei?  |   |
| 14.     | Baleset okozta halálnál annak oka, neme és időpontja:   | _____ év _____ hó _____ nap   |

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

P.H.

\_\_\_\_\_ a kezelőorvos saját kezű aláírása