

ФОРМУЛЯР № 3

**ФОРМУЛЯР**  
**ПРИ ИСК ЗА ОБЕЗЩЕТЕНИЕ ЗА**  
**ТРАЙНА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ**  
**ДОКЛАД НА ЛИЧНИЯ/ЛЕКУВАЩИЯ ЛЕКАР**  
относно актуалното здравословно състояние на застрахования

Име на Застрахования : .....

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):

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

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 ПО-ГОРЕ ПОСТАВЕНИТЕ ВЪПРОСИ СА ВЕРНИ И ПРАВИЛНИ, ДОКОЛКОТО МИ Е ИЗВЕСТНО И ПО МОЕ ДЪЛБОКО УБЕЖДЕНИЕ.**

<i>Информация за лекаря попълнил документа</i>	
<i>Име:</i>	<i>УИН</i>
<i>От кога сте лекар на застрахования:</i>	
<i>Специалност:</i>	
<i>Адрес:</i>	<i>Телефон:</i>
<b>РЗОК по регистрация</b>	

<b>Дата</b>	<b>Подпис и печат:</b>
-------------	------------------------

