

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

A jelentést adó orvos neve: \_\_\_\_\_

Telefonszáma: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Munkahelyi (rendelő) címe: \_\_\_\_\_ helység,  
 \_\_\_\_\_ út/utca, házsám, emelet, ajtó

## Haláleset utáni orvosi jelentés<sup>1</sup>

Az elhunyt neve: \_\_\_\_\_

Születési dátuma: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

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

Kérdések	Az orvos feleletei
1. A halál ideje: A halál pontos helye:	_____ év _____ hó _____ nap _____
2. Milyen betegség (baleset) közvetett vagy közvetlen következménye volt a haláleset?	_____ _____
3. A halált okozó betegségen kívül fennállott-e olyan idült vagy heveny megbetegedés, melynek a halál bekövetkeztében lényeges szerepe volt? (A keringési- légző-, vérképző- stb. szervek betegségei.)	_____ _____
4. A 2. pontban szereplő betegség mikor kezdődött?  A 3. pontban szereplő betegség mikor kezdődött?	_____ év _____ hó _____ nap Milyen dokumentum alapján? _____ _____ év _____ hó _____ nap Milyen dokumentum alapján? _____
5. A 2. pontban szereplő betegség főbb tünetei miből álltak? Milyen volt a betegség lefolyása?	_____ _____
6. A halál okára vonatkozó megállapítás még életben észlelt tüneteken vagy milyen klinikai, vagy kóronctani leleteken alapul?	_____ _____
7. A 2. pontban szereplő betegséggel kapcsolatban az elhunyt mikor állt gyógykezelés alatt, illetve mikor volt beteg (táppénzes) állományban, illetve nyugdíjban?	Gyógykezelés: _____ év _____ hó _____ napjától _____ betegség <input type="checkbox"/> Táppénz: _____ év _____ hó _____ napjától _____ betegség <input type="checkbox"/> Nyugdíj: _____ év _____ hó _____ napjától _____ betegség
8. Kezelő orvosa volt Ön az elhunytak, ha igen, mióta?	<input type="checkbox"/> nem* <input type="checkbox"/> igen ha igen, _____ év _____ hó _____ nap óta
9. Mikor, milyen betegségekben kezelte Ön az elhunytat?	_____ év _____ hó _____ nap _____ betegség _____ év _____ hó _____ nap _____ betegség _____ év _____ hó _____ nap _____ betegség
10. A kórelőzmény szerint milyen betegségben szenvedett előzőleg? Ezzel, illetve utolsó betegségével kapcsolatban más orvosok is – ha igen, kik – kezelték az elhunytat?	_____ év _____ hó _____ nap _____ betegség _____ év _____ hó _____ nap _____ betegség _____ év _____ hó _____ nap _____ betegség Neve: dr. _____ Munkahelyi (rendelő) címe: _____ _____ Telefonszáma: _____ / _____ Neve: dr. _____ Munkahelyi (rendelő) címe: _____ _____ Telefonszáma: _____ / _____

<sup>1</sup> A rendelkezés faxon és a fenti e-mail címre küldött, e-mailhez csatolt szkennelt dokumentumként is továbbítható. A rendelkezés kizárólag a biztosítónál, a szerződőhöz (ügyfélhez) kapcsolt e-mail címről továbbítható. Felhívjuk a figyelmet az e-mail útján történő adattovábbítás kockázataira, tekintettel arra, hogy az e-mailben vagy annak csatolmányaként történő adatküldés nem minősül biztonságos csatornának.

Kérdések	Az orvos feleletei
11. Ha az elhunyt kórházi kezelésben is részesült, kérjük a kórház és a diagnózis megnevezését és az ápolási idő közlését.	<p>_____ kórház, intézet</p> <p>_____ diagnózis</p> <p>_____ év _____ hó _____ naptól- _____ év _____ hó _____ napig</p>
12. Fentiekén kívül milyen egyéb fontos körülményekről van tudomása a halálesettel kapcsolatban?	<p>_____</p> <p>_____</p>

Kérjük, hogy a hivatkozott iratok, a betegkarton és a kórházi zárójelentések másolatát szíveskedjék csatolni.

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

\_\_\_\_\_ az orvos aláírása és pecsétje