



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: _____ <small>Academic titles</small>	Datum narození (den, měsíc, rok): _____ <small>Date of birth(DD, MM, YYYY)</small>	Pohlaví/Sex: Žena-Z Female Muž-M Male <input checked="" type="checkbox"/>
Průkaz totožnosti / Identity card: _____	E-mail: _____	Telefon / Telephone: _____	Státní příslušnost: / Citizenship _____	
Kontaktní adresa v ČR / Contact address in the Czech Republic: _____				
Ulice a orientační číslo / Street and house number: _____				
PSC / Postcode: _____ Obec (dodávací pošta) Stát / Municipality (delivering post office) State: _____				

Zájemce = vyšetřovaný / Client/examinee: _____

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

ZÁJEMCE BERE NA VĚDOMÍ / THE CLIENT NOTES

Vstupní lékařská prohlídka, je-li vyžadována, musí být provedena v rozsahu stanoveném „Protokolem o vstupní lékařské prohlídce“
If the entrance medical examination is required it must be to the extent set out in the „Entrance Medical Examination Report“

Náklady na tuto vstupní lékařskou prohlídku pojistitel nehradí. V případě uzavření pojistné smlouvy budou náklady na vstupní lékařskou prohlídku odečteny z pojistného v dohodnuté výši.

The costs of the entrance medical examination will not be paid by the insurer. If an insurance policy is concluded the expenses of the entrance medical examination of will be deducted from the premium in the agreed amount

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.

Dále beru na vědomí, že podrobením se vstupní lékařské prohlídce ještě nevzniká nárok na uzavření pojistné smlouvy.

The client also notes that the undergoing of an entrance medical examination does not establish a right to take out an insurance policy.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ ZÁJEMCE / DECLARATION OF HONOUR BY THE CLIENT

Prohlašuji, že všechny mnou uvedené údaje jsou úplné a pravdivé a že jsem nezatajil žádné závažné ani jiné skutečnosti ve vztahu k mému zdravotnímu stavu.

I declare that all the details which I have given are complete and correct and that I have not concealed any important or other facts relating to the my state of health.

Pro případ určení výše pojistného rizika, výše pojistného, resp. šetření pojistné události prohlašuji, že s poskytnutím údajů o zdravotním stavu souhlasím a opravňuji všechny dotazované poskytovatele zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny tyto informace, a to i po mé smrti, pojistiteli nebo osobám zplnomocněným pojistitelem sdělovat.

For the event of determining the amount of the insurance risk, the amount of the premium or the investigation of an insured event, as the case may be, I hereby declare that I agree with the provision of information on my state of health and authorise all contacted healthcare providers and health insurers to disclose this information to the insurer or to parties authorised by the insurer, even after my death.

V _____ dne: _____
In _____ day

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

VYPLŇUJE GYNEKOLOG: _____

TO BE COMPLETED BY THE GYNECOLOGIST

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)

VYPLŇUJE GYNEKOLOG:

TO BE COMPLETED BY THE GYNECOLOGIST

Gynekologická anamnéza:

Gynecological history

v případě těhotenství popis cíleného gynekologického vyšetření (63022), popis sono (63417) a kopie výsledků dosud provedených screeningových vyšetření
in cases of pregnancy description of targeted gynecological examination (63022), description of sonograph (63417) and a copy of the results of previously performed screening

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

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)

Je vhodné / indikované další vyšetření laboratorní, přístrojové i odborné (bude provedeno pouze po odsouhlasení revizním lékařem!)
Next laboratory, instrument or specialist examination is appropriate / indicated (only to be performed with the approval of the medical examiner)

Potvrzení o negativě HIV:

Confirmation of HIV negativity:

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

PROTOKOL VYSTAVIL:

Report compiled by

Datum
Date

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

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

ZÁVĚR REVIZNÍHO LÉKAŘE POJIŠŤOVNY: (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

Nepojistit Pojistit
Do not insure Insure

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