

**ЛЕКАРСКИ ИЗВЕШТАЈ ЗА
ПОСЛЕДИЦИТЕ ОД НЕСРЕКЕН СЛУЧАЈ**

б) Дали осигуреникот пред овој НЕСРЕКЕН СЛУЧАЈ претрпел некоја од повредите наведени во точка 2? Која и какви последици се останати?

.....

IV. Опис на последиците од сегашниот несрекен случај ?

Кај поединечните точки од нашата табела за проценка на инвалидноста е видно кои податоци нам ни се потребни при описот на последиците од несрекен случај

8. Дали осигуреникот боледува од шеќерна болест, проширени вени, заболување на дишните органи, срцето и крвните садови, ревматски заболувања, епилепсија? Од кога и во кој облик?

.....

9. Точен опис на последиците во анатомски и функционален поглед кои му останале на повредениот заради повредите со кои се здобил во сегашниот несрекен случај и кои најверојатно се трајни! (На пр. ограничена подвижност на зглобовите - лесен / среден / тежок степен - со ознака на крајните граници на степените; ампутација; ригидност; анкилоза на поединечни зглобови, итн.)

.....

10. Молам за дополнителен преглед на:

.....

11. Дали поранешната инвалидност и болест (наведени во точка б) влијаела на сегашната состојба и во која мера?

.....

12.
а) Дали е можно подобрување или влошување на сегашната состојба и во која мера?
б) Дали е можно со операција да се намалат последиците односно да се подобри состојбата ?
в) Какво лечење би било уште потребно?
г) За колку време би можело да настапи трајна и непроменлива состојба?

.....

13. Дали повредениот се придржувал на упатствата од ЛЕКАРОТ? Ако не, тогаш какви се последиците од тоа?

.....

14. Дали би сакале да напоменете уште нешто во поглед на трајно губење на работната способност на осигуреникот?

.....

Изјавувам дека на сите прашања одговорив потполно и точно и дека не ги затаив одговорите за поранешните повреди и болести (прашање 7а, 7б и 8)

Начин на пријава (заокружете) : а) по пошта б) во просториите на Друштвото в) електронска пошта г) друго _____

Место и датум

М.П

Потпис на лекарот