

Kód pojišťovny

**HLÁŠENÍ ÚRAZU**  
**nebo jiného poškození zdraví**  
podle § 55 zákona o veřejném zdravotním pojištění

Příjmení a jméno

Číslo pojištěnce

Bydliště (adresa)

PSC

Zaměstnavatel, povolání, druh vykonávané práce

Datum, hod. a místo úrazu

Diagnóza

Stručný děj a příčiny úrazu, odpovědnost za úraz (podle zjištění u zraněného)

Ke zranění došlo v důsledku dopravní nehody: **ano - ne - nevím <sup>\*)</sup>**

Jedná se o úraz: **pracovní - nepracovní - nevím <sup>\*)</sup>**

Byla zraněnému odebrána krev k prokázání přítomnosti alkoholu či jiné omamné látky: **ano - ne <sup>\*)</sup>**

Bylo zraněnému vystaveno *Potvrzení pracovní neschopnosti*: **ano - ne <sup>\*)</sup>**

Kdy a kam byl zraněný odeslán na další vyšetření nebo do ústavní péče

Zraněný byl hospitalizován  
v našem ZZ počínaje dnem:

<sup>\*)</sup> nehodící se škrtněte!

Vystavil:

Dne:

podpis a razítko zdrav. zařízení

Vyplněný tiskopis zašlete příslušnému územnímu pracovišti VZP pro účely náhrady nákladů poskytnuté zdravotní péče. Povinnost podávat toto hlášení ukládá ustanovení § 55 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.