

MEDICINSKI UPITNIK ZA OSIGURANI SLUČAJ SMRTI OSIGURANIKA

Sava osiguranje, d.d. - Podružnica Hrvatska, OIB 45237012600, R. Frangeša Mihanovića 9, 10110 Zagreb, Hrvatska



Ovaj Medicinski upitnik ispunjava se zbog dokumentiranja svih okolnosti relevantnih za nastanak, početak i uzrok bolesti, koja je završila smrću Osiguranika
Važno je evidentirati sve odlučne datume i okolnosti, mjerodavne za tijek bolesti, kao i podatke o završnoj fazi bolesti.

Osiguranik	Prezime	Ime	Datum rođenja
	Poštanski broj	Mjesto rođenja	Zanimanje

Izvod iz matične knjige umrlih	Datum smrti	Mjesto	Županija
--------------------------------	-------------	--------	----------

Ovlašteni liječnik	Prezime	Ime	Telefon
	Poštanski broj	Mjesto	Adresa

Pitanja ovlaštenom liječniku	1. Jeste li Vi liječnik obiteljske medicine Osiguranika?	☐ DA ☐ NE
	2. Ako DA, od kad se zdravstveni karton Osiguranika vodi u Vašoj ordinaciji?	
	3. Koji je liječnik prije Vas liječio Osiguranika?	
	4. Koje je oboljenje uzrokovalo smrt Osiguranika?	
	5. Kad je započeo postupak liječenja bolesti opisane pod broje 4.?	
	6. Prema dostupnim podacima i uočenim simptomima, možete li navesti kad je započela bolest?	
	7. Što je prema Vašem mišljenju mogući uzrok bolesti?	
	8. Jesu li prethodna patološka stanja postojala istodobno? Ako jesu, molimo Vas da ih opišete i naznačite otkad traju?	☐ DA ☐ NE
	9. Postoje li podaci ili Vaše saznanje o provođenju Osiguranikovog liječenja u javnoj ili privatnoj medicinskoj ustanovi, a vezano uz patološka stanja povezana s bolešću koja je rezultirala smrću Osiguranika? Ako DA, molimo Vas da opišete gdje i kada je bilo takvo liječenje.	☐ DA ☐ NE
	10. Smatrate li da postoji uzročno-posljedična veza bolesti i prijašnjih patoloških stanja pacijenta?	☐ DA ☐ NE
	11. Postoje li prema Vašim saznanjima u povijesti obitelji Osiguranika neka patološka stanja koja bi mogla biti povezana s njegovom krajnjom bolešću?	☐ DA ☐ NE
	12. Tko je dijagnosticirao krajnju bolest Osiguranika? Molimo upisati ime i prezime liječnika, njegovu adresu i datum kad je zatražen njegov stručni savjet.	
	13. Postoji li izvještaj autopsije (histološki, toksikološki)? Ako DA, koji su rezultati?	☐ DA ☐ NE

Ispunjeni Upitnik u zatvorenoj koverti poslati na adresu:
Sava osiguranje, d.d. - Podružnica Hrvatska, Služba šteta, R. Frangeša Mihanovića 9, 10110 Zagreb

Mjesto i datum

M.P.

Potpis liječnika