

## Medicinski upitnik za štete uslijed smrti kao posljedice bolesti

(obrazac PNR\_02/09)

Ja niže potpisani/a \_\_\_\_\_ (*ime i prezime izabranog doktora medicine*) iz \_\_\_\_\_ (*naziv zdravstvene ustanove – ordinacije privatne prakse*) \_\_\_\_\_ (*adresa i br. telefona*) izabrani sam doktor medicine primarne zdravstvene zaštite pacijenta \_\_\_\_\_ (*ime i prezime pacijenta*) od dana \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### PODACI O DOGAĐAJU

Datum i sat smrti: \_\_\_\_\_

Smrt je nastupila u (bolnici, kod kuće i dr.): \_\_\_\_\_

Smrt je utvrdio: \_\_\_\_\_

Koja je bolest neposredan uzrok smrti? \_\_\_\_\_

Kada se pacijent počeo liječiti od te bolesti? \_\_\_\_\_

Da li se pacijent liječio u nekoj javnoj ili privatnoj medicinskoj ustanovi? DA NE

Ako DA, kada i u kojoj ustanovi? \_\_\_\_\_

Da li je dijagnoza predmetne bolesti potvrđena od strane nekog drugog liječnika bilo privatne, opće prakse ili specijalista? DA NE

Ako DA, molimo navedite njegovo ime, prezime, adresu i datum kada je tražen stručni savjet. \_\_\_\_\_

Je li nad pacijentom izvršena obdukcija? DA NE

Ako DA, kada i u kojoj ustanovi? \_\_\_\_\_

- Da li prema Vašem stručnom mišljenju i saznanju postoji uzročno posljedična veza između nastanka, početka ili uzroka bolesti koja je uzrokovala smrt pacijenta i:
  - konzumiranja alkohola ili droga; da  ne

- ionizirajućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću; **da**  **ne**
- ozljede zadobivene uslijed sudjelovanja u tuči, kaznenim djelima i prekršajima; **da**  **ne**
- bavljenja profesionalnim sportom; **da**  **ne**
- bavljenja podvodnim aktivnostima; **da**  **ne**
- bavljenja sportom koji zahtjeva upotrebu letjelica, motornih vozila ili sudjelovanje životinja; **da**  **ne**
- nadriliječništva; **da**  **ne**
- normalne trudnoće, poroda ili pobačaja ili bilo kojeg s tim povezanim stanjem, **da**  **ne**
- samoinicijativno odabranog kirurškog zahvata ili bilo kojeg kozmetičkog kirurškog zahvata; **da**  **ne**
- stanja u vezi s psihičkom bolesti, mentalnim ili drugim poremećajem centralnog živčanog sustava, uključujući i, ali nije ograničeno na, stres, anksioznost ili depresiju i njima prouzročena stanja; **da**  **ne**
- HIV i/ili stanja izravno ili neizravno vezana uz HIV, uključujući AIDS **da**  **ne**
- Samoozljeđivanja; **da**  **ne**

U

Dana

---

Potpis, izabranog doktora medicine i pečat  
zdravstvene ustanove ili privatne ordinacije

---

### PEČATOM MOLIMO OVJERITE I STRANICU 1. OVOG UPITNIKA!

Temeljem ovlaštenja i upute Osiguranika u ovom *Upitniku* upisani su i njegovi osobni podaci koji su Zakonom zaštićeni kao povjerljivi i tajni. Osiguratelj je dužan s tim podacima postupati u skladu sa svojom zakonskom obvezom čuvanja tajnosti podataka za koje je saznao u poslovanju s klijentima i te ih je od strane Osiguranika ovlašten koristiti u svojim poslovnim evidencijama i obrađivati ih radi realizacije prava i obveza iz odnosa osiguranja otplate kredita, osiguravajući povjerljivost postupanja s tim podacima.