



СТАНОВИЩЕ

на лекуващ (наблюдаващ) специалист или личен лекар

Застрахован	
Три имена:	ЕГН/ЛНЧ:
Основно състояние или злополука, довело до трайната неработоспособност :	
Друго значимо заболяване , състояние или последици от стара злополука довело до реализираното състояние на намалена работоспособност:	

История на заболяването (злополуката)			
Дата на реализирането на злополуката, довели до състоянието на ПНЗА:			
Основна/и последица/последици от преживяната злополука – диагноза и МКБ код:			
Провеждано лечение			
Вид медикамент/терапия/болнично лечение:	Изписана от/име на лечебно заведение:	От дата:	До дата:

Усложнения от преживяната злополука	
Усложнение (усложнение и МКБ 10 код):	Дата на установяване:

Обективно състояние (при преглед или по документи/етапна епикриза)
--



СТАНОВИЩЕ

на лекуващ (наблюдаващ) специалист или личен лекар

Анемнеза: Моля да отбележете начинът, по който е свалена анамнеза при попълването на формуляра!	☐ снета по документи ☐ снета по сведения от застрахования (пациента) ☐ снета по данни на близките на застрахования (пациента)

С попълването на настоящето удостоверявам, че отговорите ми вписани в това Становище са верни, правилни и се базират на медицински документи/проведен от мен преглед и са резултат от мое професионално убеждение и преценка.

Обективен статус	
Моля да отбележете начинът, по който е свалена анамнезата при попълването на формуляра!	☐ снет по документи ☐ снет след проведен преглед
Други установени при прегледа усложнения последици от преживяната злополука, довели до реализираното с-ние на трайна неработоспособност, ако има такава:	



СТАНОВИЩЕ

на лекуващ (наблюдаващ) специалист или личен лекар

Експертно решение на ТЕЛК, ако такова е постановено (моля да посочите номер и дата на издаване на решението, процента определена неработоспособност и диагнозите вписани в решението):

Временна неработоспособност (попълва се в случа, че към датата на попълването на формуляра застрахованият е в състояние на временна неработоспособност, удостоверявана с болнични листове. Моля да посочите общо дните ползвана временна неработоспособност и причините за нея!):

Допълнителни коментари по преценка на попълващия формуляра медицински специалист:

Данни за попълнилия формуляра специалист

Три имена :		УИН и специалност:		
Практика или лечебното заведение, където практикувате:				
Име:	Адрес:	Тел. за връзка:		
От кога лекувате застрахования:				

Дата на попълване (ден/месец/ година):	
Подпис и печат:	

Запознат съм, че съгласно Закона за защита на личните данни и Регламент (ЕС) 2016/679 на ЕП и Съвета от 27.04.2016 г., всички данни от настоящето Становище и прилежащите документи ще бъдат събирани и обработвани за целите и от лицата, посочени в „Уведомление за поверителност“ достъпни на адрес: www.groupama.bg.