

УВЕДОМЛЕНИЕ за стационарно лечение/ Notification for an Inpatient Treatment

I. Данни за пациента/ Patient's information

Име на пациента/ Patient's names: _____

Дата на раждане/ Date of birth: _____ Гражданство/ Citizenship: _____

Адрес/ Address: _____

Тел./ Phone: _____ E-Mail: _____

Полица №/ Policy №: _____

Разрешение за достъп до медицинска информация от пациента/ Patient's authorization for access to medical records:

С настоящото упълномощавам всички лекари, специалисти или други медицински институции, лекували или лекуващи ме, да предоставят всякакви данни за здравословното ми състояние и провежданите ми лечения, изискани от ЗК „УНИКА Живот“ АД или техен упълномощен представител с цел уреждане на застрахователни искове./ I hereby authorize all physicians, health professionals or other relevant medical facilities, that have treated or that are treating me, to provide any health details or medical records for my treatment that may be requested by UNIQA Life Insurance plc. or by their appointed representatives for the purpose of claims settlement.

Дата/ Date _____

Подпис на пациента (при непълнолетни на родителя)/ Patient's signature (for under aged the Parent's one): _____

II. Данни за приема/ Admission information: (Моля отбележете с кръстче/ Please mark with a cross):

Причина за приема/ Cause for admission:

- Злополука/ Accident: Дата на злополуката/ Date of the accident: _____
- Заболяване/ Disease: хронично/ chronic изострено хронично/ acute chronic акутно/ acute
- Бременност/ Pregnancy: Срок на бременността/ Period of pregnancy _____
- Очаквана дата на раждане/ Expected date of delivery _____

Начин на насочване/ Means of admission:

- Бърза помощ/ Ambulance Emergency unit
- Спешен случай/ Emergency visit
- Планово лечение/ Planned treatment

Насочващо здравно заведение и лекар/ Sending health facility and physician: _____

_____ Тел./ Phone _____

III. Медицински данни/ Medical information: (моля посочете диагнозите на латински език и код по МКБ/ Please state the diagnoses in Latin and point out their respective International Classification of Diseases Code)

Диагноза от насочващия лекар/ Sending physician's diagnosis: _____
_____ Код по МКБ/ ICD Code _____

Приемна диагноза/ Diagnosis at admission: _____
_____ Код по МКБ/ ICD Code _____

Обективно състояние/ Currently observed Medical condition: _____

Предшестващи заболявания/ Pre-existing diseases: _____
_____ Код по МКБ/ ICD Code _____
_____ Код по МКБ/ ICD Code _____

Придружаващи заболявания/ Co-morbidities: _____
_____ Код по МКБ/ ICD Code _____
_____ Код по МКБ/ ICD Code _____

Данни за алкохол/наркотици (важно при травма)/ Information for alcohol/ narcotics (important at trauma)

Да/ Yes % Не/ No

IV. Прогноза/ Prognosis:

Предполагаема продължителност на хоспитализацията/ Estimated length of the inpatient treatment:

Препоръки за предстоящото лечение и видовете медицински услуги/ Recommendations for the forthcoming treatment and the types of medical services:

V. Данни за лечебното заведение/Information for the health facility

Име/ Name: _____ Адрес/ Address: _____

Телефон/факс/ Phone/fax: _____ E-Mail: _____

Клиника/отделение/ Clinic/ward: _____

Лекуващ лекар/ Attending physician: _____ Тел./ Phone: _____

Дата и място/ _____
Date and place

Подпис и печат на лечебното заведение/лекаря/ _____
Signature and stamp of the health facility/physician