

Obchodné meno, sídlo, právna forma a registrácia Poistovne:

AEGON Životná poisťovňa, a.s., Slávičie údolie 106, 811 02 Bratislava,
Slovenská republika, IČO: 35 979 356, DIČ: 2022134345, Zapísaná
v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa,
Vložka číslo: 3810/B, (ďalej len „**Poistovňa**“)

Číslo poisťnej zmluvy:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Poistený

Meno:

Priezvisko:

Rodné číslo:

Potvrdenie ošetrojúceho lekára o pracovnej neschopnosti

Ošetrojúci lekár MUDr.:

Názov a adresa zdravotného zariadenia:

PSČ:

Tel. číslo:

E-mail:

Potvrdzujem pracovnú neschopnosť poisteného z dôvodu liečenia choroby alebo úrazu, ktorá trvala:

Od:

D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Do:

D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

vrátane

Číslo PN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diagnóza, resp. všetky diagnózy (pre PN uviesť všetky diagnózy jednotlivo a zároveň vyznačiť diagnózy, ktoré spolu súvisia):

1. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R	Do	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																	
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																	
2. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R	Do	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																	
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																	
3. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R	Do	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																	
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																	
4. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R	Do	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																	
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																	
5. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R	Do	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																	
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																	

Liečil sa poistený alebo mu bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, príp. poradenstvo na vyššie uvedené ochorenia/ ochorenie v minulosti?

Prosíme rozpísať za každú diagnózu jednotlivo a zároveň vyznačiť diagnózy, ktoré spolu súvisia:

ÁNO	1. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R	Do	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																		
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																		
ÁNO	2. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R	Do	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																		
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																		
ÁNO	3. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R	Do	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																		
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																		
ÁNO	4. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R	Do	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																		
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																		
ÁNO	5. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R	Do	<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																		
D	D	M	M	R	R	R	R	R	R																		
NIE	<input type="checkbox"/>																										

Miesto:

Dňa:

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Podpis lekára:

Pečiatka zdravotníckeho zariadenia/lekára: