



STŘEDNÍ ŠKOLA
A VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA
CESTOVNÍHO RUCHU
ČESKÉ BUDĚJOVICE

Senovážné náměstí 12
370 01 České Budějovice
www.skolacrcb.cz



ŽÁDOST O NÁHRADU ŠKODY

Žádám o odškodnění úrazu mého syna/ dcery.....

ze dne

Pojistné plnění zašlete.....

.....

V

Podpis



HODNOCENÍ BOLESTNÉHO (úrazy žáků škol, pracovní úrazy)

dle nařízení vlády č. 276/2015 Sb. o odškodňování bolesti a ztížení společenského uplatnění způsobené
 pracovním úrazem nebo nemocí z povolání (dále jen "nařízení vlády").

Vychází se z lékařských zpráv a nálezů všech poskytovatelů zdravotních služeb, kteří se podíleli na léčení/hodnocení úrazu.

Úraz ze dne: _____ Číslo pojistné události: _____

Jméno, příjmení, titul: _____ Rodné číslo: _____

Adresa (ulice, č.p., obec, PSČ): _____

Telefon/mobil: _____ E-mail: _____

Bankovní spojení: _____

Je-li poškozený nezletilý, uveďte jméno a adresu zákonného zástupce

Jméno, příjmení, titul: _____ Rodné číslo: _____

Adresa (ulice, č.p., obec, PSČ): _____

Telefon/mobil: _____ E-mail: _____

Vstoupil do léčení dne: _____ Léčení skončilo dne: _____

Práce neschopen od: _____ do: _____ Pracovní neschopnost vznikla
 v souvislosti s úrazem, PU ze dne: _____ ANO ☐ NE ☐

Příčina úrazu, PU (podle zraněného): _____

Popis jednotlivých zranění, uveďte prosím diagnózu česky a kód diagnózy.

LÉKAŘSKÉ ZPRÁVY, ZE KTERÝCH SE URČOVALO POŠKOZENÍ ZDRAVÍ, PŘILOŽTE JAKO PŘÍLOHU.

položka (první sloupec příl. 1 nař. vlády)	poškození zdraví česky (druhý sloupec příl. 1 nař. vlády)	přiznáno bodů (třetí sloupec příl. 1 nař. vlády)	% zvýšení bolestného pro komplikace léčby (dle §6 nař. vlády)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Bolestné zvýšeno z důvodu: _____ Celkem: _____

- KOMPLIKACÍ

Komplikacemi se rozumí především infekce rány, zánět žil, trombóza, embolie, zánět plic a proleženina.

S ohledem na rozsah a tíži komplikací se bodové ohodnocení zvýší:

- při **lehkých** komplikacích nejvýše o 10 %,
- při **středně těžkých** komplikacích nejvýše o 30 %,
- při **těžkých** celkových komplikacích ohrožujících život nejvýše o 50 %,

bodového ohodnocení odpovídajícího poškození příslušného orgánu nebo orgánů anebo části těla nebo více částí těla.

Uveďte konkrétní důvod: _____

- NÁROČNÉHO způsobu léčení

Náročným způsobem léčení se rozumí zejména dlouhodobá umělá plicní ventilace, dlouhodobá peritoneální dialýza, opakované hemodialýzy a opakované převazy popálenin.

Bodové ohodnocení se zvýší nejvýše o 50 % bodového ohodnocení odpovídajícího poškození zdraví příslušného orgánu nebo části těla.

Uveďte konkrétní důvod: _____

1. Byl poškozený před pojistnou událostí zdravý? ANO ☐ NE ☐

2. Jakou chorobou trpěl v době úrazu (český název): _____

3. Měl předchozí stav vliv na:

a) vznik úrazu, PU: _____

b) rozsah a následky úrazu, PU: _____

4. Stal se úraz, PU pod vlivem alkoholu (uveďte ‰ alkoholu v krvi), jiné návykové látky nebo léku označeného varovným symbolem? _____

5. Lze předpokládat, že úraz zanechá trvalé následky? Pokud ano, uveďte jaké. _____

6. Poznámka (co můžete uvést pro doplnění nebo objasnění přehledu bolesti): _____

Za vyhotovení tohoto lékařského posudku byla poškozenému vyúčtována úhrada ve výši: _____ Kč, kterou uhradil.

Poškozený souhlasí, aby ošetřující lékař předal pojistiteli na jeho žádost lékařskou zprávu nebo posudek o jeho zdravotním stavu, popř. jeho změně, jež se vztahuje k následkům poškození zdraví úrazem ze dne uvedeného na první straně tohoto formuláře.

V: _____ dne: _____ V: _____ dne: _____

Podpis poškozeného (nebo zákonného zástupce)

Razítko a podpis lékaře, který posudek zpracoval

Vzor formuláře záznamu o úrazu dítěte, žáka a studenta

Právnícká osoba vykonávající činnost školy nebo školského zařízení (název, sídlo, IČO):		ZÁZNAM O ÚRAZU DÍTĚTE, ŽÁKA, STUDENTA	
		Pořadové číslo záznamu o úrazu/školní rok:	
Druh školy/školského zařízení:	Datum narození:	Ročník:	
Jméno, popřípadě jména, a příjmení zraněného:	Jméno, popřípadě jména, a příjmení zákonného zástupce:		
Místo trvalého pobytu, resp. místo pobytu, zraněného: Ulice, č.p.: PSČ: Město:	Místo trvalého pobytu, resp. místo pobytu, zákonného zástupce: Ulice, č.p.: PSČ: Město:		
Datum úrazu: Čas:	Zákonný zástupce vyrozuměn: Datum: Čas: Způsob:		
Byl úraz smrtelný? Datum úmrtí:	Zdravotnické zařízení, kde byl zraněný ošetřen, léčen:		
Popis události:	Druh činnosti: 1. teoretická výuka 2. praktická výuka (např. praktické vyučování, dílny, pěstitelské práce, vzdělávání v mateřské škole) 3. sportovní výuka – skupinová činnost 4. sportovní výuka – individuální činnost 5. přestávka 6. přesun na akci 7. ostatní sportovní (např. výuka plavání, lyžařské kurzy, turistické kurzy) 8. ostatní nespportovní (např. exkurze, škola v přírodě, divadelní představení) 9. pravidelná činnost zájmového vzdělávání 10. táborová činnost zájmového vzdělávání 11. jiné činnosti:		
Zraněná část těla:	Místo úrazu: 1. odborná učebna (např. laboratoř, dílny) 2. běžná učebna 3. tělocvična 4. ubytovací zařízení 5. ostatní vnitřní prostory školy/školského zařízení 6. venkovní prostory v areálu školy/školského zařízení 7. prostory mimo areál školy/školského zařízení		
Předpokládaná příčina úrazu:			
Preventivní opatření, které mělo úrazu předejít a bylo školou nebo školským zařízením přijato v době před úrazem:			
Lze předpokládat zavinění zraněného/jiné osoby?			
Jméno, popřípadě jména, a příjmení této jiné osoby:			
Místo trvalého pobytu, resp. místo pobytu: Ulice, č.p.:		PSČ: Město:	
Jméno, popřípadě jména, a příjmení svědka:		Podpis:	
Datum sepsání záznamu o úrazu:	Osoba vykonávající dohled v době úrazu: Jméno, popřípadě jména, a příjmení: Funkce: Podpis:		
Podpis zraněného (umožňuje-li to jeho stav):	Přímo nadřízený osoby vykonávající dohled: Jméno, popřípadě jména, a příjmení: Funkce: Podpis:		
AKTUALIZACE ZÁZNAMU O ÚRAZU		Datum sepsání aktualizace záznamu o úrazu:	
Byla poskytnuta náhrada za bolest?		Přímo nadřízený osoby vykonávající dohled: Jméno, popřípadě jména, a příjmení: Funkce: Podpis:	
Byla poskytnuta náhrada za ztížení společenského uplatnění?			
Byl úraz smrtelný? Datum úmrtí:			