

Czy znasz numer swojego przedstawiciela? TAK NIE

Wpisz jego numer

Data wypadku (miesiąc, rok)

Kim był poszkodowany?

Kierujący TAK NIE
Pieszy TAK NIE
Pasażer TAK NIE
Kobieta (wypadek w czasie ciąży) TAK NIE
Inna osoba TAK NIE

Sprawca wypadku ustalony
TAK NIE

Odniośł obrażenia w wyniku:

Wypadku komunikacyjnego TAK NIE
Wypadku w rolnictwie TAK NIE
Błędu w sztuce medycznej TAK NIE
Wypadku w pracy TAK NIE
Wypadku w skutek zaniedbania innej osoby TAK NIE
Innego wypadku TAK NIE

Doznane obrażenia/uszkodzenia ciała

Wypadek śmiertelny TAK NIE
Ogólne potłuczenia TAK NIE
Głowa TAK NIE
Twarz TAK NIE
Narządy wzroku TAK NIE
Słuchu TAK NIE
Szyja narządy wewnętrzne TAK NIE
Klatka piersiowa TAK NIE
Brzuch i narz wew TAK NIE
Narz mocz-płciowe TAK NIE
Zatrucia TAK NIE

Kręgosłup naruszony TAK NIE
Kręgosłup uszkodzony TAK NIE
Układ nerwowy TAK NIE
Miednica TAK NIE

Inne lekkie obrażenia TAK NIE
Inne ciężkie obrażenia TAK NIE
Kobieta (wypadek w czasie ciąży) TAK NIE

Leczenie zakończone TAK NIE
Rehabilitacja zakończona TAK NIE
Potrzeba operacji plastycznej TAK NIE

Kończyny górne:

Łopatka
Ramię, staw łokciowy, TAK NIE
przedramię TAK NIE
Bark TAK NIE
Nadgarstek, śródrezcze, palce TAK NIE

Kończyny dolne:

Biodro TAK NIE
Udo, kolano, TAK NIE
Podudzie TAK NIE
Stawy skokowe, stopa TAK NIE

Imię i Nazwisko

Miejsce zamieszkania woj.

miasto

Rok urodzenia

Opis dodatkowy

Telefon kontaktowy

Tel.stacjonarny

Tel.kom.

adres email