

**Dokument 9**

Klient č. CZ\_\_\_\_\_ (nevyplňujte)

**Dotazník pro poškozené VIOXXem**

Prosíme o čitelné vyplnění hůlkovým písmem a zaslání zpět na naši adresu do 30.10.2006. V případě jakýchkoliv nejasností se neostýchejte nám zatelefonovat, rádi Vám poradíme.

Jméno a

příjmení:.....

Datum narození:.....

Užíval/a jste VIOXX? ANO NE

Máte nebo měl/a jste po jeho užívání zdravotní problémy? ANO NE

Jste v invalidním důchodu? ANO NE

Pokud jste v invalidním důchodu, uveďte zda-li v plném či částečném a uveďte, který orgán rozhodl o jeho přidělení, včetně data a spisové značky (případně přiložte kopii rozhodnutí):

.....  
.....

Pokud máte přiznán invalidní důchod, uveďte prosím jeho čistou výši:

.....

Došlo k snížení Vašich příjmů v důsledku zdravotních potíží? ANO NE

Pokud došlo ke snížení Vašich příjmů v důsledku zdravotních potíží, způsobených VIOXXem, uveďte o jakou částku měsíčně se snížily:

.....

Stručně popište, proč se Vaše příjmy snížily:

.....  
.....  
.....

Došlo v důsledku zdravotních potíží, způsobených VIOXXem ke zvýšení Vašich výdajů (léky, speciální pomůcky)? ANO NE

Pokud došlo ke zvýšení Vašich výdajů důsledkem zdravotních potíží způsobených VIOXXem, uveďte, o jakou částku měsíčně se zvýšily:  
.....

Stručně popište, proč se Vaše výdaje zvýšily:  
.....  
.....  
.....

Změnil se Váš život po onemocnění, způsobeném VIOXXem k horšímu? ANO NE

Pokud se Váš život po onemocnění, způsobeném VIOXXem změnil k horšímu, uveďte jakým způsobem a pokud možno vyčíslete svou újmu v penězích:  
.....  
.....  
.....  
.....

V ..... dne.....

.....

podpis