

nemocenské ¹⁾ dlouhodobé ošetřovné

Ve smyslu § 61 a § 72g písm. c) zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Toto hlášení je ošetřující lékař povinen odeslat příslušnému orgánu nemocenského pojištění nejpozději v následující pracovní den.

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| Orgán nemocenského pojištění | Pracoviště ÚSSZ (OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno) | Číslo rozhodnutí o DPN/PDP ²⁾ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| IČO lékaře | IČZ lékaře | IČPE lékaře |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | | |
|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Příjmení | Jméno | Datum narození | Rodné číslo |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

 Povolení nebo změna vycházek v době dočasné pracovní neschopnosti
Povolené vycházky

Ode dne

Do dne

 Pojištěnec volí vycházky podle aktuálního zdravotního stavu

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

Povolený čas vycházek

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Od | Do | Od | Do | Od | Do | Od | Do | Od | Do | Od | Do |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

 Zrušení vycházek v době dočasné pracovní neschopnosti

Zrušení vycházky ode dne

 Povolení změny místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti

Ulice

Číslo popisné

Číslo orientační

PSC

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Obec

Stát

Dodatek adresy

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Začátek platnosti

Konec platnosti

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

 Změna diagnózy nemoci, která odůvodňuje dočasnou pracovní neschopnost

Datum změny

Kód diagnózy

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

 Porušení režimu dočasně práce neschopného pojištěnce

Poznámka

 Propuštění dočasně práce neschopného pojištěnce/ošetřované osoby ze své péče

Datum změny

 Převzetí dočasně práce neschopného pojištěnce/ošetřované osoby z péče jiného ošetřujícího lékaře do své péče

Datum změny

Jméno a příjmení lékaře

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

IČO předávajícího lékaře

IČZ předávajícího lékaře

IČPE předávajícího lékaře

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

 Změna hospitalizace

Začátek

Konec

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

¹⁾ Uved'te důvod vystavení tiskopisu v písemné podobě, jde-li o nemocenské

²⁾ Rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče

Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis lékaře



0 3 3 3 1 3 9 2 3 7