Evidenční štítek

Žádost ošetřujícího lékaře o udělení souhlasu k uznání DPN v období 7 dnů po ukončení předchozí DPN orgánem nemocenského pojištění

(§ 57 odst. 5 zákona č. 187/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

ČSSZ

Orgán nemocenského pojištění

Místně příslušná OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno

A. Ošetřující lékař

Příjmení | Jméno | IČZ lékaře | IČPE

Název zdravotnického zařízení | IČO

B. Pojištěnec

Příjmení | Jméno | Datum narození | Rodné číslo [1]

C. Žádost ošetřujícího lékaře

Tímto žádám o udělení souhlasu k uznání DPN u výše uvedeného pojištěnce pro nemoc, která je shodná nebo obdobná s nemocí u předchozí DPN ukončené rozhodnutím orgánu nemocenského pojištění a DPN má být uznána v období 7 dnů po ukončení této předchozí DPN. Současně se nejedná o akutní vzplanutí téže nemoci.

Číslo rozhodnutí o DPN ukončené rozhodnutím orgánu nemocenského pojištění

Důvod žádosti

Přílohy

☐ Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře [2]

☐ Propouštěcí zpráva z hospitalizace [2]

☐ Jiné - prosíme uvést [2]

Počet příloh

D. Datum

.....

Datum, razítko poskytovatele zdravotních služeb, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře

Důvod vystavení tiskopisu v písemné podobě

Stanovisko OSSZ

Souhlas se uděluje [2] ☐ ano ☐ ne

Jméno posuzujícího lékaře

[1] Není-li přiděleno rodné číslo, uvede se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození.
[2] Hodící se označte x.