

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)



Orgán nemocenského pojištění

Pracoviště ÚSSZ (OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno)

A. Ošetřující lékař

Příjmení	Jméno	IČZ lékaře	IČPE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Název zdravotnického zařízení		IČO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

B. Pojištěnec

Příjmení	Jméno	Datum narození	Rodné číslo ¹⁾
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.