

Evidenční štítek

Žádost ošetřujícího lékaře o udělení souhlasu ke zpětnému uznání DPN

(§ 57 odst. 3 věta první zákona č. 187/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů)



Orgán nemocenského pojištění

Číslo rozhodnutí o DPN

Místně příslušná 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 dočasné pracovní neschopnosti za dobu delší než 3 kalendářní dny přede dnem, v němž jsem dočasnou pracovní neschopnost zjistil, a to ode dne

Důvod žádosti

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.