

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

Pracoviště ÚSSZ (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 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.