

Evidenční štítek

Žádost o udělení souhlasu k povolení změny  
pobytu dočasně práce neschopného pojištěnce  
v době DPN z důvodu pobytu v cizině  
(dle § 56 odst. 3 věty třetí 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
<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 <sup>1)</sup>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C. Žádost ošetřujícího lékaře

Tímto žádám o udělení souhlasu k povolení změny pobytu dočasně práce neschopného pojištěnce v době DPN z důvodu pobytu v cizině

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

Důvod žádosti

Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře

Jiné - prosíme uvést

Počet příloh

D. Adresa pobytu v cizině

Ulice	Číslo domu	Obec	PSČ	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E. Datum

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

Důvod vystavení tiskopisu v písemné podobě

Stanovisko orgánu nemocenského pojištění

Souhlas se uděluje <sup>2)</sup>  ano  ne

Jméno posuzujícího lékaře

<sup>1)</sup> Není-li přiděleno rodné číslo, uvede se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození.

<sup>2)</sup> Hodící se označte x.