

Informace pro lékaře:

Odměnu za vyplnění tohoto tiskopisu Vám uhradí pojištěný, příp. zákonný zástupce. Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů a doložení kopií požadovaných dokumentů. Nestačí-li pro požadované údaje místo, uveďte je na samostatném listu jako přílohu.

Jméno a příjmení pojištěného

Rodné číslo pojištěného

Důvod pracovní neschopnosti

-
- pracovní úraz
-
- vliv alkoholu
-
- úraz zaviněný jinou osobou
-
-
- sebepoškození
-
- nemoc z povolání
-
- ‰ tox. látek
-
- ostatní

Neschopen práce od

Hlavní diagnóza

Ostatní diagnózy

slovy

Bylo vystaveno rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti pro ČSSZ?

-
- ano
-
- ne

Důvod

Pobírá pojištěný invalidní důchod pro invaliditu I., II. nebo III. stupně:

-
- ano
-
- ne

V případě, že ano: Od kdy

V případě, že ne: Požádal pojištěný SST nebo je vedeno řízení za účelem přiznání inval. důchodu?

-
- ano
-
- ne

Hospitalizace od – do

Název nemocničního oddělení

Úraz: Byla poraněná část těla postižena již před úrazem

-
- ano
-
- ne

Nemoc: Léčil se již pacient pro toto onemocnění dříve?

-
- ano
-
- ne

Kdy bylo onemocnění poprvé diagnostikováno?

Vycházky: ode dne, od - do (hodin)

Změna vycházek: ode dne, od - do (hodin)

Adresa pojištěného v době trvání PN, pokud není totožná s výše uvedenou adresou:

Podrobný průběh léčby, případné komplikace

Konečná diagnóza

Datum ošetření

Datum příští kontroly

Předpoklad trvání PN

Neschopen práce do

Odborný lékař v době léčby / jméno a adresa lékaře, kde je zdravotnická dokumentace vedena

Datum, razítko a podpis lékaře