



L7064 Zpráva lékaře - zálohové plnění za pracovní neschopnost / pobyt v nemocnici

ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba).

VŽDY JE NUTNÉ VYPLNIT PŘÍČINU PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO POBYTU V NEMOCNICI.

Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

¹⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRMDD/9999.

²⁾ U OSVČ neplátců nemocenského pojištění uveďte, jak dlouho by PN trvala, pokud by OSVČ byla plátcem NP a měla nárok na vystavení „Rozhodnutí o DPN“.

³⁾ V případě více diagnóz vyplňte pro každou diagnózu zvlášť.

⁴⁾ Nehodit se škrtněte.

Lékař potvrzuje, že pojištěný			
Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul

byl v dočasné pracovní neschopnosti hospitalizován

Dotazy týkající se pracovní neschopnosti i pobytu v nemocnici - VYPLŇTE VŽDY

Kdy bylo onemocnění u pojištěného poprvé diagnostikováno? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.

Jde-li o úraz, uveďte datum vzniku úrazu.

Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření pojištěného? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.

Jde-li o onemocnění, uveďte, kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotní dokumentaci pojištěného (měsíc, rok), které byly v příčinné souvislosti s nynějším onemocněním, a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky)

Datum indikace k případnému operačnímu řešení

PRACOVNÍ NESCHOPNOST²⁾

Počátek pracovní neschopnosti	Při neukončené PN uveďte datum, ke kterému trvá	Konec pracovní neschopnosti, je-li ukončena
Příčina pracovní neschopnosti (popis onemocnění nebo úrazu)	Kód diagnózy podle MKN-10 ³⁾	Léčení onemocnění nebo úrazu od - do (stále trvá/je ukončeno) ⁴⁾

Bylo vystaveno „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“? Ano Ne

Pokud nebylo vystaveno, uveďte důvod:
 DPN nežadá OSVČ neplátce NP nezaměstnaný jiný důvod

Pokračovalo léčení pojištěného v rehabilitačním ústavu, sanatoriu či láněch v období 1 roku od ukončení pracovní neschopnosti?

Uveďte předchozí pracovní neschopnosti pojištěného za posledních 5 let (včetně kódu diagnózy podle MKN-10)

POBYT V NEMOCNICI

Počátek pobytu v nemocnici	Při neukončené hospitalizaci uveďte datum, ke kterému trvá	Konec pobytu v nemocnici, je-li ukončen
Počátek pobytu v jiném zdravotnickém zařízení	Při neukončeném pobytu uveďte datum, ke kterému trvá	Konec pobytu v jiném zdravotnickém zařízení, je-li ukončen

Název zdravotnického zařízení, ve kterém byl pojištěný hospitalizován

Příčina pobytu v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení - uveďte diagnózu (česky) Kód diagnózy podle MKN-10

Byla hospitalizace přerušena (např. přes víkend)?

Ano Ne

Pokud ano, na kolik dní

Jde o opakovanou hospitalizaci v důsledku téže diagnózy?

Ano Ne

Pokud ano, uveďte data předchozí hospitalizace od - do

Jde-li o hospitalizaci nezletilého s doprovodem zletilé osoby, uveďte dobu pobytu doprovodu v nemocnici a přiložte potvrzení z nemocnice.

Počátek pobytu doprovodu

Konec pobytu doprovodu

Shora uvedené údaje případně doplňte kopíemi příslušných lékařských zpráv ze zdravotnické dokumentace pojištěného.

Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře

Ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec - dodací pošta

PSČ

Datum

2 0

Razítko a podpis lékaře