



# L0158 Zpráva lékaře - 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.

<sup>1)</sup> U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRMMDD/9999.

<sup>2)</sup> 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“.

<sup>3)</sup> V případě více diagnóz vyplňte pro každou diagnózu zvlášť.

Lékař potvrzuje, že pojištěný

Rodné číslo <sup>1)</sup>	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 NESCHOPNOST

Počátek pracovní neschopnosti <sup>2)</sup>	Konec pracovní neschopnosti <sup>2)</sup>
---	---

Příčina pracovní neschopnosti (popis onemocnění nebo úrazu)	Kód diagnózy podle MKN-10 <sup>3)</sup>	Doba léčení onemocnění nebo úrazu od - do

Bylo vystaveno „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“?  Ano  Ne  
 Pokud nebylo vystaveno, uveďte důvod:  DPN nežádá  OSVČ neplátce NP  nezaměstnaný  jiný důvod

Pokračovalo léčení pojištěného v rehabilitačním ústavu, sanatoriu či lázních 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	Konec pobytu v nemocnici
Počátek pobytu v jiném zdravotnickém zařízení	Konec pobytu v jiném zdravotnickém zařízení

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 20

Razítko a podpis lékaře