

**Žádost ošetřujícího lékaře o udělení souhlasu  
ke zpětnému uznání dočasné pracovní neschopnosti**  
(§ 57 odst. 3 věta první zákona č. 187/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Místně příslušná OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno

**A. Identifikace lékaře**

Příjmení	Jméno	Titul	IČZ lékaře	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Název zdravotnického zařízení			Identifikační číslo zdravotnického zařízení	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Ulice	Číslo domu	Obec	PSC	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail		Telefon	ID Datové schránky	
<input type="text"/>		<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 uznání dočasné pracovní neschopnosti za dobu delší než 3 kalendářní dny přede dnem, v němž jsem dočasnou pracovní neschopnost zjistil, a to ode dne

Číslo rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti

Důvod žádosti

 Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře <sup>2)</sup>
 Propouštěcí zpráva z hospitalizace <sup>2)</sup>
 Jiné - prosíme uvést <sup>2)</sup>

**D. Datum, podpis a razítko**

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

**Stanovisko OSSZ**

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

.....  
Datum, razítko OSSZ a podpis lékaře LPS

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

<sup>2)</sup> Hodící se označte x.