

**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 ¹⁾
<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 ²⁾
 Propouštěcí zpráva z hospitalizace ²⁾
 Jiné - prosíme uvést ²⁾

D. Datum, podpis a razítko

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

Stanovisko OSSZ

Souhlas se uděluje ²⁾ ano ne

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

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

²⁾ Hodící se označte x.