

Doklad o pracovní neschopnosti pro pojištěné osoby, které nejsou účastníky nemocenského pojištění (OSVČ) pro trvání nebo ukončení pracovní neschopnosti

Číslo pojistné smlouvy: _____

Otisk razítka, datum převzetí a podpis

Zahájení pracovní neschopnosti oznamte na samostatném formuláři „Oznámení škodné události z pojištění pro případ pracovní neschopnosti“.

Za vyplnění dotazníku může lékař požadovat poplatek, který pojistitel nehradí.

Pro případné dotazy volejte naši asistenci na tel. č.: 233 006 311.

V případě pokračující pracovní neschopnosti si nechejte svým ošetřujícím lékařem pravidelně, nejpozději každý měsíc, potvrdit trvání pracovní neschopnosti na dalším tiskopisu.

Doklad o pracovní neschopnosti zasílejte obratem s kopiemi lékařských zpráv a nálezů o průběhu léčby na uvedenou adresu pojistitele: Pojišťovna VZP, a.s., odbor likvidace pojistných událostí, Lazarská 1718/3, 110 00 Praha 1.

Vyplní pojištěný (zákonný zástupce/ opatrovník):

Pojištěný

Jméno: _____ Příjmení: _____ Titul: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____ Kód zdrav. pojišťovny: _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Korespondenční adresa

Ulice: _____ Číslo popisné: _____

PSČ: _____ Obec (dodávací pošta): _____

Druh podnikatelské činnosti: _____

IČ: _____ Místo výkonu práce: _____

Pobíráte invalidní důchod pro invaliditu I., II. nebo III. stupně? ☐ NE ☐ ANO - ode dne: _____

Požádal jste SSZ nebo je vedeno řízení za účelem přiznání inv. důchodu? ☐ NE ☐ ANO

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA - vyplní lékař:

Neschopen práce od: _____ Bylo OSVČ vystaveno potvrzení pracovní neschopnosti? ☐ ANO ☐ NE

Hlavní diagnóza: _____ slovy: _____

Ostatní diagnózy: _____

Léčil se pacient pro toto onemocnění nebo úraz již dříve? ☐ ANO - uveďte datum kdy bylo onemocnění poprvé diagnostikováno: _____

☐ NE

Pracovní neschopnost z důvodu: ☐ pracovní úraz ☐ úraz zaviněný jinou osobou ☐ vliv alkoholu
☐ % tox. látek ☐ sebepoškození ☐ nemoc z povolání
☐ ostatní _____

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? _____

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA - vyplní lékař:

Vycházky: ode dne od (hodin): do (hodin):
Změna vycházek: ode dne od (hodin): do (hodin):

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

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 zdravotní dokumentace vedena:

Datum vyplnění dotazníku:

.....
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře
(Název a adresa zdravotnického zařízení)

V dne

.....
Podpis pojištěného (zákonného zástupce/ opatrovníka)