



# 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 vedená: .....

Datum vyplnění dotazníku:

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

V ..... dne .....

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