

Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře a doklad o pracovní neschopnosti

Ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden na první straně tohoto oznámení a zjistil tělesná poškození a zdravotní újmy tohoto druhu a rozsahu:

Kdy došlo (podle zdravotní dokumentace) k prvnímu lékařskému ošetření?	Dne	v	hodin
Co uvedl poraněný při prvním ošetření jako příčinu úrazu?			

Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?*	ANO		NE					
V krvi bylo zjištěno	%o alkoholu.	V případě návykové látky – o jaký druh pravděpodobně šlo?						
Příznaky požití alkoholu nebo návykových látek a do jaké míry požitý alkohol / návyková látka ovlivnila chování poraněného:								
Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození nebo pokus o sebevraždu?*					ANO		NE	

Diagnóza vlastního zranění a přesný popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu:

RTG proveden kdy:	kde:	
Popis RTG:		
V případě fixace – druh:	od	do
Rehabilitace – způsob RHB léčby a počet absolvovaných procedur:		
Délka RHB léčby:	od	do

Kde byl zraněný hospitalizován?	Od kdy?	Do kdy?			
Přiložte, prosím, fotokopii propouštěcí zprávy.					
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?*	ANO		NE		Jakého druhu a rozsahu:

Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? Kdy a v jakém rozsahu:		
Došlo-li k prodloužení doby pracovní neschopnosti v důsledku dalších komplikací souvisejících s úrazem, uveďte prosím o jaké komplikace šlo a jejich léčbu (od – do):		
Skutečná doba pracovní neschopnosti v důsledku úrazu (včetně této komplikace):	od	do

Doklad o pracovní neschopnosti u osob nemocensky pojištěných (vyplňte u všech pojištěných osob, které jsou nemocensky pojištěny – pokud je uplatňován nárok na denní odškodné za nezbytnou dobu léčeni):

Den vystavení dokladu o pracovní neschopnosti:	Číslo dokladu PN:
Od kdy, do kdy trvala pracovní neschopnost (v případě jejího ukončení):	
V případě trvání pracovní neschopnosti její předpokládaný konec:	
Doklad o pracovní neschopnosti byl zaslán na správu sociálního zabezpečení – adresa:	

Potvrzení o nezbytné délce léčeni u pojištěných, kterým se nemocenské dávky nevyplácejí (OSVČ nemocensky nepojištěné, studenti, děti, atd.) nebo se u nich podle pojistných podmínek doklad o pracovní neschopnosti nevyžaduje:

Doba nezbytného léčeni:	od	do
-------------------------	----	----

V _____ dne _____	razítko a podpis ošetřujícího lékaře adresa zdrav. zařízení, telefon
-------------------	---

* Pozn.: platnou variantu označte křížkem X v rámečku umístěném vpravo od správné varianty