

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

část B. VYPLNÍ LÉKAŘ (dle dostupné zdravotní dokumentace)

Pacient:

Příjmení: _____ Jméno: _____

Rodné číslo: _____

Zdravotní stav pacienta:

Počátek pracovní neschopnosti: _____ Práce schopen od: _____

Diagnóza (zn. MKN-10 i slovně): _____

Pracovní neschopnost byla způsobena nemocí úrazem

Jde o první záchyt onemocnění nebo úrazu ANO NE Datum prvního záchytu _____

Jde o následky úrazu z minulosti ANO NE Datum vzniku úrazu _____

Došlo během léčení ke změně diagnózy ANO NE na jakou a kdy _____

Souvisí současná pracovní neschopnost s následujícím onemocněním nebo následky níže uvedených onemocnění:

- onemocnění páteře ANO NE
- únavový syndrom ANO NE
- problémy psychického rázu ANO NE

Průběh a způsob léčení:

Komplikace: _____

Byl pacient v uplynulém roce v pracovní neschopnosti delší než 30 dnů ANO NE , pokud ano, uveďte:

- počátek pracovní neschopnosti _____ práce schopen od _____

Pacient má:

ZPS od _____ diagnóza _____ nebo je v jednání ANO

ID od _____ diagnóza _____ nebo je v jednání ANO

Datum vystavení:

Razítko a podpis lékaře:

Náklady na vystavení tohoto potvrzení nese pojištěný (pacient).

POTVRZENÍ O TRVÁNÍ PRACOVNÍHO POMĚRU

část C. VYPLNÍ ZAMĚSTNAVATEL

Tímto potvrzujeme, že pan/paní _____

Rodné číslo: _____

- je ke dni vystavení tohoto potvrzení zaměstnancem naší firmy s pracovním poměrem uzavřeným na dobu:

neurčitou

určitou

- je-li pracovní poměr sjednán na dobu určitou, pracovní poměr skončí dnem _____

- a neběží u něj (ní) výpovědní lhůta. Byl-li ze strany zaměstnavatele nebo zaměstnance podán podnět k ukončení pracovního poměru (dohoda o rozvázání pracovního poměru, výpověď atd.) a výpovědní lhůta běží, pracovní poměr končí ke dni _____

Potvrzení je vydáváno v souladu s ustanovením § 314 odst. 2 zákoníku práce s výslovným souhlasem zaměstnance, což zaměstnanec stvrzuje svým podpisem, a je určeno pro pojistitele za účelem šetření a likvidace pojistné události.

Podpis pojištěného:

Datum vystavení:

Razítko a podpis zaměstnavatele: