

Potvrzení lékaře – Pracovní neschopnost

Vyplní ošetřující lékař, u kterého máte vystavenou pracovní neschopnost.

- prosíme o **čitelné** vyplnění všech údajů.
- pokud na některé níže uvedené dotazy odpovídáte ANO nebo NE, označte platnou odpověď křížkem

Pro trvání pracovní neschopnosti postačí doložit pouze toto Potvrzení lékaře.

Potvrzení nám zasílejte alespoň 1x měsíčně na kontakty uvedené níže pokud chcete vyplácet zálohy plnění.

Za vyplnění Zprávy ošetřujícího lékaře uhradíte lékaři jím požadovanou částku (podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na Vaši žádost). Náklady za vyplnění tohoto formuláře nese pojištěný.

Potvrzení spolu s dalšími přílohami zašlete e-mailem na hlaseni@komerpoj.cz nebo nám je můžete předat prostřednictvím webových stránek [Vložit dokumenty](#) nebo je zaslat poštou na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.**

ÚDAJE O PACIENTOVI				
Jméno a příjmení:		Rodné číslo: _ _ / _ _ / _ _ _ _		
ÚDJE O PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI				
Lékař potvrzuje, že pojištěný:				
<input type="checkbox"/> byl v pracovní neschopnosti <input type="checkbox"/> je v pracovní neschopnosti a pracovní neschopnost nadále trvá				
Důvod pracovní neschopnosti, rozhodná příčina a DG (dle MKN) vedoucí k pracovní neschopnosti.				
Číslo DG				
V případě léčení více diagnóz v rámci jedné pracovní neschopnosti uveďte výčet DG včetně konečné DG a délku léčení pro jednotlivé DG.				
Číslo DG	od	do	Průběh a způsob léčby jednotlivých DG včetně rehabilitace	Datum, kdy bylo onemocnění diagnostikováno poprvé
Úraz: <input type="checkbox"/> pracovní <input type="checkbox"/> při dopravní nehodě		Nemoc z povolání <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
<input type="checkbox"/> zaviněný jinou osobou <input type="checkbox"/> ostatní		Podezření z vlivu alkoholu <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Léčil se pacient již dříve pro toto onemocnění?				<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte datum		od _ _ / _ _ / _ _ _ _ do _ _ / _ _ / _ _ _ _		
V případě kladné odpovědi uveďte datum, kdy bylo onemocnění diagnostikováno poprvé: _ _ / _ _ / _ _ _ _				
Vycházky <input type="checkbox"/> Ano od – do (časové rozmezí)		Hospitalizace <input type="checkbox"/> Ano od – do		
<input type="checkbox"/> Ne		<input type="checkbox"/> Ne		
(v případě hospitalizace je nutné doložit propouštěcí zprávu)				
Poznámky lékaře:				
Příští kontrola dne:	Datum vystavení: (při kontrole)		Razítko a podpis lékaře:	
UKONČENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI				
Datum vystavení:	Práce schopen od:		Razítko a podpis lékaře:	