

## 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 výše uvedenou adresu v případě, že 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 na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.**

ÚDAJE O PACIENTOVI		
Příjmení a jméno:		
Rodné číslo*:  _ _ _ _ _ _ _  /  _ _ _ _ _		
PŘÍČINA 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		
Pojištěný je práce neschopen od:		
Diagnóza (číselně dle Mezinárodní klasifikace nemocí a slovně):		
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:  _ _ / _ _ / _ _ _ _		
TRVÁNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI		
Změna diagnózy: Uveďte datum změny diagnózy:  _ _ / _ _ / _ _ _ _		
Vycházky <input type="checkbox"/> Ano	od – do (časové rozmezí)	Hospitalizace <input type="checkbox"/> Ano
<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: