

# Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti (DPN)

II. díl - Průkaz práce neschopného pojištěnce

Číslo rozhodnutí o DPN



## A. Identifikace pojištěnce

Příjmení	Jméno	Titul	Datum narození	Rodné číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## B. Přesná adresa místa pobytu v době DPN (včetně poschodí)

Ulice	Číslo domu	Poschodí	Telefonní číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Obec	PSČ	Stát	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## C. Název a adresa zaměstnavatele

Název zaměstnavatele	Profese			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Ulice	Č. domu	Obec	PSČ	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## D. Údaje o DPN

Neschopen práce od  Vystaveno dne

Úraz

Pojištěnec uvádí/Podezření

Pracovní úraz

Úraz zaviněný jinou osobou

Požití alkoholu nebo zneužití omamných nebo psychotropních látek

.....  
Razítko poskytovatele zdravotních služeb, podpis ošetřujícího lékaře

Pisemný souhlas k uznání DPN za více než tři kalendářní dny přede dnem zjištění vydala OSSZ (služební orgán) dne

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Neschopen práce do  Rozhodnuto dne

.....  
Razítko poskytovatele zdravotních služeb, podpis ošetřujícího lékaře

DPN byla ukončena rozhodnutím OSSZ (služební orgán)	Ke dni	Rozhodnuto dne
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## E. Povolené vycházky

Ode dne  Od  Do  Od  Do

## F. Potvrzení ošetřujícího lékaře o trvání DPN

Datum kontroly	Příští kontrola dne	Podpis lékaře nebo pracovníka OSSZ	Poznámka

## G. Záznamy lékaře a pracovníka OSSZ (služební orgán)

Datum kontroly	Příští kontrola dne	Podpis lékaře nebo pracovníka OSSZ	Poznámka

## H. Záznamy ošetřujících lékařů a poskytovatelů zdravotních služeb

Den propuštění pojištěnce z péče	Předán do dalšího ošetřování lékaři	Podpis ošetřujícího lékaře	Den převzetí pojištěnce do péče	Podpis ošetřujícího lékaře, který převzal péči

  

Lůžková péče od	Podpis ošetřujícího lékaře	Lůžková péče do	Podpis ošetřujícího lékaře

Místo pobytu pojištěnce po propuštění z lůžkové péče

## Poučení

Nesouhlasí-li pojištěnec s rozhodnutím o vzniku nebo o ukončení DPN, má možnost podat do tří dnů ode dne doručení rozhodnutí návrh na jeho přezkoumání ošetřujícímu lékaři (OL), který rozhodnutí vydal. Pokud OL (poskytovatel zdravotních služeb) návrhu na přezkoumání nevyhoví, předá do pěti pracovních dnů spis s návrhem na přezkoumání příslušnému krajskému úřadu (§ 49 zákona č. 373/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Pojištěnec je povinen oznámit příslušné OSSZ (služebnímu orgánu či útvaru) všechny rozhodné skutečnosti, které by měly vliv na poskytování nebo zánik nároku na nemocenské nebo jeho výplatu, a to do 8 dnů ode dne, kdy se o těchto skutečnostech dozvěděl (§ 103 odst. 1 písm. b) zákona č. 187/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.)