

Evidenční štítek

A

ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

I. díl – Hlášení o vzniku dočasné pracovní neschopnosti

Toto hlášení je ošetřující lékař povinen odeslat příslušné okresní správě sociálního zabezpečení (popř. jinému příslušnému orgánu nemocenského pojištění) nejpozději v pracovní den následující po dni, kdy bylo vydáno rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti.

Příjmení a jméno		Rodné číslo ¹⁾	
Přesná adresa místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti (včetně poschodí)			
Název a adresa zaměstnavatele		Druh vykonávané práce (profese)	
Neschopen práce od		Statistická značka nemoci (diagnóza)	Vystaveno dne
<input type="checkbox"/> Pracovní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Ostatní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou ²⁾ <input type="checkbox"/> Nemoc z povolání ²⁾ <input type="checkbox"/> Podezření z vlivu alkoholu ²⁾ <input type="checkbox"/> Podezření ze zneužití omamných prostředků nebo psychotropních látek ²⁾		Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře	

Povolené vycházky ode dne:	od _____ hod., do _____ hod.
	od _____ hod., do _____ hod.



2 9 9 0 0 6 1 0 0 7

¹⁾ Není-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození

²⁾ Hodičky se označte x

A

ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

II. díl – Rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti

Tento díl „Rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti“ slouží současně jako průkaz práce neschopného pojištěnce. Při skončení dočasné pracovní neschopnosti je pojištěnec povinen odevzdat tento díl ošetřujícímu lékaři, který doplní údaje o ukončení dočasné pracovní neschopnosti a založí jej do zdravotnické dokumentace pojištěnce.

Příjmení a jméno		Rodné číslo ¹⁾	
Přesná adresa místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti (včetně poschodí)			
Název a adresa zaměstnavatele		Druh vykonávané práce (profese)	
Neschopen práce od		Vystaveno dne	
<input type="checkbox"/> Pracovní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Ostatní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou ²⁾ <input type="checkbox"/> Nemoc z povolání ²⁾ <input type="checkbox"/> Podezření z vlivu alkoholu ²⁾ <input type="checkbox"/> Podezření ze zneužití omamných prostředků nebo psychotropních látek ²⁾		Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře	

Schopen práce od		
Konečná diagnóza (statistická značka nemoc)		Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře

Povolené vycházky ode dne:	od _____ hod., do _____ hod.
	od _____ hod., do _____ hod.

Záznamy ošetřujícího lékaře, lékaře a pracovníka OSSZ (popř. jiného příslušného orgánu nemocenského pojištění)

Datum ošetření nebo kontroly	Příští ošetření nebo kontrola je stanovena na den	Podpis ošetř. lékaře, lékaře nebo pracovníka OSSZ	Poznámky

¹⁾ Není-li rodné číslo přiděleno, uvede se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození ²⁾ Hodící se označte x

Záznamy ošetřujících lékařů a zdravotnických zařízení

Den propuštění pojištěnce z péče	Předán do dalšího ošetřování (název a adresa zdravotnického zařízení)	Podpis ošetřujícího lékaře, který propouští pojištěnce ze své péče	Den převzetí pojištěnce do péče	Podpis ošetřujícího lékaře, který převzal pojištěnce do své péče

Den nástupu do ústavní péče	Podpis ošetřujícího lékaře	Den ukončení ústavní péče	Podpis ošetřujícího lékaře

Místo pobytu pojištěnce po propuštění z ústavní péče:

Poučení

Nesouhlasí-li pojištěnec s rozhodnutím o vzniku dočasné pracovní neschopnosti, má možnost podat do tří dnů ode dne vydání rozhodnutí návrh na jeho přezkoumání ošetřujícímu lékaři, který rozhodnutí vydal. Pokud ošetřující lékař nebo vedoucí zdravotnického zařízení návrhu na přezkoumání nevyhoví, předá jej do pěti dnů od jeho doručení k rozhodnutí správnímu úřadu, který vydal rozhodnutí o registraci zdravotnického zařízení nebo je zřizovatelem zdravotnického zařízení (§ 77 zákona č. 20/1966 Sb., v platném znění).

Dočasně práce neschopný pojištěnec je povinen dodržovat léčebný režim stanovený ošetřujícím lékařem, umožnit kontrolu dodržování režimu dočasně práce neschopného pojištěnce orgánu nemocenského pojištění a v období prvních 14 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti též zaměstnavateli. Při této kontrole je povinen prokázat svou totožnost a předložit „Rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti“.

Pojištěnec je povinen oznámit příslušné okresní správě sociálního zabezpečení 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.).

Upozornění

Pro výplatu náhrady mzdy, sníženého platu nebo odměny (dále jen náhrada mzdy) v době dočasné pracovní neschopnosti a pro každou výplatu nemocenského musí pojištěnec předkládat „Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény“, podepsané a ověřené ošetřujícím lékařem. U dočasné pracovní neschopnosti kratší 15 kalendářních dnů slouží jako doklad pro výplatu náhrady mzdy V. díl, tj. „Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti“. Byla-li dočasná pracovní neschopnost delší 14 kalendářních dnů, slouží tento díl jako doklad pro poslední splátku nemocenského.

A

ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

III. díl – Hlášení zaměstnavateli o vzniku dočasné pracovní neschopnosti

Toto hlášení odevzdává zaměstnanec neprodleně svému zaměstnavateli, který si jej ponechá. Tímto hlášením současně uplatňuje u zaměstnavatele nárok na náhradu mzdy, snížený plat nebo odměnu za prvních 14 kalendářních dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti.

Příjmení a jméno		Rodné číslo ¹⁾	
Přesná adresa místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti (včetně poschodí)			
Název a adresa zaměstnavatele		Druh vykonávané práce (profese)	
Neschopen práce od		Vystaveno dne	
<input type="checkbox"/> Pracovní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Ostatní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou ²⁾ <input type="checkbox"/> Nemoc z povolání ²⁾ <input type="checkbox"/> Podezření z vlivu alkoholu ²⁾ <input type="checkbox"/> Podezření ze zneužití omamných prostředků nebo psychotropních látek ²⁾		<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře</p>	

Písemný souhlas k uznání dočasné pracovní neschopnosti za více než tři kalendářní dny přede dnem zjištění vydala OSSZ (příslušný orgán nemocenského pojištění) v _____ dne _____.

Povolené vycházky ode dne:	od _____ hod., do _____ hod.
	od _____ hod., do _____ hod.

1) *Není-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození*

2) *Hodící se označte x*

Evidenční štítek

A

ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

IV. díl – Rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti pro uplatnění nároku na nemocenskú

Toto rozhodnutí slouží jako žádost o nemocenskú. Žádost podávají zaměstnanci u svého zaměstnavatele, který ji předá příslušné okresní správě sociálního zabezpečení, nebo jinému příslušnému orgánu nemocenské pojistění. Osoby dobrovolně nemocenskú pojistěné podávají tuto žádost u příslušné okresní správy sociálního zabezpečení. Před podáním žádosti je pojistěncem povinen vyplnit a podepsat prohlášení na druhé straně tohoto dílu. Tuto žádost předává pojistěncem zaměstnavateli nebo příslušné okresní správě sociálního zabezpečení, jen pokud dočasná pracovní neschopnost zaměstnance trvala déle než 14 kalendářních dnů.

Příjmení a jméno		Rodné číslo ¹⁾	
Přesná adresa místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti (včetně poschodí)			
Název a adresa zaměstnavatele		Druh vykonávané práce (profese)	
Neschopen práce od		Vystaveno dne	
<input type="checkbox"/> Pracovní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Ostatní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou ²⁾ <input type="checkbox"/> Nemoc z povolání ²⁾ <input type="checkbox"/> Podezření z vlivu alkoholu ²⁾ <input type="checkbox"/> Podezření ze zneužití omamných prostředků nebo psychotropních látek ²⁾		Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře	



4 4 1 8 0 3 2 7 2 1

¹⁾ Není-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojistěnce nebo datum narození
²⁾ Hodící se označte x

Poučení

Nárok na nemocenské vzniká od 15. kalendářního dne dočasné pracovní neschopnosti. Žádost o nemocenské se podává jen v případě, že dočasná pracovní neschopnost je delší 14 kalendářních dnů, a to spolu s „Potvrzením o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény“, popř. s „Rozhodnutím o ukončení dočasné pracovní neschopnosti“.

V působnosti služebních orgánů vzniká nárok na výplatu nemocenského od 31. kalendářního dne dočasné pracovní neschopnosti.

Prohlášení

Žádám o poskytování nemocenského při dočasné pracovní neschopnosti a jsem si vědom (vědoma), že jsem povinen (povinna) oznámit a prokázat všechny skutečnosti rozhodné pro nárok na nemocenské, jeho výši a výplatu.

Naposledy jsem vykonával/a samostatnou výdělečnou činnost (zaměstnání) dne³⁾

Nemocenské žádám vyplatit následujícím způsobem:

poukázáním na můj účet číslo⁴⁾:

kód banky stát

poštovní poukázkou na adresu⁴⁾:

.....

Datum

Podpis pojištěnce:

Upozornění

Nemocenské se poukazuje na účet příjemce dávky u peněžního ústavu v České republice.

Na žádost pojištěnce se nemocenské vyplácí v hotovosti prostřednictvím držitele poštovní licence, tj. poštovní poukázkou. V případě výplaty dávky v hotovosti poštovní poukázkou hradí náklady za doručení příjemce nemocenského.

Na základě žádosti pojištěnce se nemocenské vyplácí do ciziny jen na účet pojištěnce u banky v cizině. Náklady této výplaty platí příjemce nemocenského. V tomto případě je třeba zřetelně označit stát, ve kterém se banka nachází.

³⁾ Vyplní jen osoba dobrovolně nemocensky pojištěná

⁴⁾ Hodící se označte x a doplňte

Evidenční štítek

A

ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

V. díl – Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti

Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti zaměstnanci předávají neprodleně svému zaměstnavateli, který jej po doplnění údajů odevzdá příslušné okresní správě sociálního zabezpečení, popř. jinému příslušnému orgánu nemocenského pojištění. Osoby dobrovolně nemocensky pojištěné předávají toto rozhodnutí příslušné okresní správě sociálního zabezpečení. Toto rozhodnutí se neodevzdává okresní správě sociálního zabezpečení, pokud dočasná pracovní neschopnost trvala méně než 15 kalendářních dnů. Pojištěnec je povinen vyplnit a podepsat prohlášení na druhé straně tohoto tiskopisu.

Příjmení a jméno		Rodné číslo ¹⁾	
Přesná adresa místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti (včetně poschodí)			
Název a adresa zaměstnavatele		Druh vykonávané práce (profese)	
Neschopen práce od		Schopen práce od	
<input type="checkbox"/> Pracovní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Ostatní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou ²⁾ <input type="checkbox"/> Nemoc z povolání ²⁾ <input type="checkbox"/> Podezření z vlivu alkoholu ²⁾ <input type="checkbox"/> Podezření ze zneužití omamných prostředků nebo psychotropních látek ²⁾	Datum _____	Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře	

Dočasná pracovní neschopnost byla ukončena rozhodnutím OSSZ nebo jiného příslušného orgánu nemocenského pojištění dne

Záznamy zaměstnavatele³⁾

Zaměstnanec nastoupil opět do práce dne	Poslední den pracovní neschopnosti zaměstnanec odpracoval _____ hodin. Pracovní doba, která připadala na poslední den pracovní neschopnosti podle rozvrhu směn zaměstnance, činila _____ hodin. ⁴⁾
Zaměstnanec v době dočasné pracovní neschopnosti vykonával práci ve dnech	
	Datum, razítko a podpis zaměstnavatele



9 2 1 7 5 2 2 3 1 2

1) Není-li rodné číslo přiděleno, uvede se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození

2) Hodící se označte x

3) Zaměstnavatel vyplňuje jen v případech dočasné pracovní neschopnosti delší 14 kalendářních dnů

4) Vyplní se, jen pokud zaměstnanec v poslední den pracovní neschopnosti pracoval

Poučení

Nesouhlasí-li pojištěnec s rozhodnutím ošetřujícího lékaře o ukončení dočasné pracovní neschopnosti, má možnost podat do tří dnů ode dne doručení rozhodnutí návrh na jeho přezkoumání ošetřujícímu lékaři, který rozhodnutí vydal. Pokud ošetřující lékař nebo vedoucí zdravotnického zařízení návrhu na přezkoumání nevyhoví, předá jej do pěti dnů od jeho doručení k rozhodnutí správnímú úřadu, který vydal rozhodnutí o registraci zdravotnického zařízení nebo je zřizovatelem zdravotnického zařízení (§ 77 zákona č. 20/1966 Sb., v platném znění).

Návrh na přezkoumání rozhodnutí ošetřujícího lékaře nemá odkladný účinek.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem v době dočasné pracovní neschopnosti uvedené na tomto rozhodnutí nevykonával zaměstnání (samostatnou výdělečnou činnost) a že jsem nezatajil žádnou okolnost rozhodnou pro přiznání a výplatu nemocenského z pojištění, z něhož nárok uplatňuji.

Samostatnou výdělečnou činnost (zaměstnání) jsem začal vykonávat dne⁴⁾.

I. Prohlašuji, že pobírám důchod: starobní, plný invalidní.⁵⁾

II. Prohlašuji, že nepobírám žádný z uvedených důchodů .⁵⁾

Datum

Podpis pojištěnce:

⁴⁾ Vyplní jen osoba dobrovolně nemocensky pojištěná

⁵⁾ Hodící se označte x

Uvede se i starobní a plný invalidní důchod vyplácený ze systému důchodového pojištění jiného členského státu Evropské unie nebo státu, s nímž má Česká republika uzavřenu mezinárodní smlouvu o sociálním zabezpečení.

Evidenční štítek

A

ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

VI. díl – Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti

Toto rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti odešle ošetřující lékař okresní správě sociálního zabezpečení příslušné podle místa výkonu jeho práce, a to nejpozději následující pracovní den po dni, kdy byla dočasná pracovní neschopnost ukončena. V případě řízení o ukončení dočasné pracovní neschopnosti v působnosti služebních orgánů odešle ošetřující lékař toto rozhodnutí příslušnému služebnímu orgánu, a to ve stejné lhůtě.

Příjmení a jméno		Rodné číslo ¹⁾	
Přesná adresa místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti (včetně poschodí)			
Název a adresa zaměstnavatele		Druh vykonávané práce (profese)	
Neschopen práce od	Statistická značka nemoci (diagnóza)	Vystaveno dne	
<input type="checkbox"/> Pracovní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Ostatní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou ²⁾ <input type="checkbox"/> Nemoc z povolání ²⁾ <input type="checkbox"/> Podezření z vlivu alkoholu ²⁾ <input type="checkbox"/> Podezření ze zneužití omamných prostředků nebo psychotropních látek ²⁾			

Schopen práce od	Datum _____
Konečná diagnóza (statistická značka nemoci)	_____
	Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře



0 8 1 0 5 8 1 2 8 3

¹⁾ Není-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojistěnce nebo datum narození
²⁾ Hodící se označte x