

Číslo poisťnej zmluvy
/ identifikačné číslo

Potvrdenie lekára o pracovnej neschopnosti

Poistený

Meno a priezvisko _____ Rodné číslo _____

Potvrdenie ošetrojúceho lekára o pracovnej neschopnosti

Ošetrojúci lekár MUDr.: _____

Názov a adresa zdravotného zariadenia: _____ PSČ _____

E-mail _____ Telefón + _____

Potvrdzujem pracovnú neschopnosť poisteného z dôvodu liečenia choroby alebo úrazu, ktorá trvala:

Od _____ Do _____ vrátane Číslo PN _____

Diagnóza, resp. všetky diagnózy (pre PN uviesť všetky diagnózy jednotlivo a zároveň vyznačiť diagnózy, ktoré spolu súvisia):

1. Dg.	_____	PN	Od	_____	Do	_____
2. Dg.	_____	PN	Od	_____	Do	_____
3. Dg.	_____	PN	Od	_____	Do	_____
4. Dg.	_____	PN	Od	_____	Do	_____
5. Dg.	_____	PN	Od	_____	Do	_____

Liečil sa poistený alebo mu bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, príp. poradenstvo na vyššie uvedené ochorenia/ochorenie v minulosti?

Prosíme rozpisovať za každú diagnózu jednotlivo a zároveň vyznačiť diagnózy, ktoré spolu súvisia:

ÁNO 1. Dg.	_____	Od	_____	Do	_____
ÁNO 2. Dg.	_____	Od	_____	Do	_____
ÁNO 3. Dg.	_____	Od	_____	Do	_____
ÁNO 4. Dg.	_____	Od	_____	Do	_____
ÁNO 5. Dg.	_____	Od	_____	Do	_____

 NIE

V _____ Dňa _____

Podpis lekára

Pečiatka zdravotníckeho zariadenia/lekára