

**POTVRDENIE O DOČASNEJ
PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI****I. A) Legitimácia dočasne práceneschopného poistenca**

Po skončení dočasnej pracovnej neschopnosti je poistenec povinný toto potvrdenie odovzdať ošetrojúcemu lekárovi, ktorý ho odošle do troch dní útvaru lekárskej posudkovej činnosti pobočky Sociálnej poisťovne, príslušnej podľa miesta výkonu práce ošetrojúceho lekára.

| | | | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| Meno a priezvisko | | | | Rodné číslo | | |
| Adresa trvalého/prechodného pobytu | | | | | | |
| Presná adresa, kde sa bude poistenec zdržiavať v čase dočasnej pracovnej neschopnosti, vrátane poschodia | | | | | | |
| Názov a adresa zamestnávateľa (úplný názov) ¹⁾ | | | | | | |
| Poistný vzťah ²⁾ | | | | Kód zdravotnej poisťovne | | |
| 1. Zamestnanec <input type="checkbox"/> | | | | Neschopný práce od | | |
| 2. Povinne nemocensky poistená samostatne zárobkovo činná osoba <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 3. Dobrovoľne nemocensky poistená osoba <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Choroba ²⁾ | Karanténne opatrenie ²⁾ | Úraz ²⁾ | Choroba z povolania ²⁾ | Pracovný úraz ²⁾ | Úraz zav. inou osobou ²⁾ | Požitie alkoholu alebo zneužitie iných návykových látok ²⁾ |
| Diagnóza (Štat. značka) | | | | Konečná diagnóza (Štat. značka) | | |
| Vystavené dňa..... | | | | Schopný práce od | | |
| Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára | | | | Dátum, odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára | | |
| Povolené vychádzky odo dňa | | | | od h do h | | |
| | | | | od h do h | | |
| I. B) Hlásenie pobočke Sociálnej poisťovne o skončení dočasnej pracovnej neschopnosti. | | | | | | |
| Odoslané dňa | | | | Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára | | |
| Odoslaný na ďalšiu zdravotnú starostlivosť | | | | | | |

Poznámky

1) Vypĺňte v prípade poistenca - zamestnanca.

2) Vyhovujúce označte "X".

Vypĺňte tlačítkom písomno.

Informácie pre poistenca

1. Dočasne práceneschopný listenc predloží vždy toto potvrdenie ošetrojúcemu lekárovi alebo posudkovému lekárovi na ďalšie potvrdenie trvania dočasnej pracovnej neschopnosti a určenému zamestnancovi Sociálnej poisťovne vykonávajúcemu kontrolu dodržiavania liečebného režimu dočasne práceneschopného poistenca.

2. Ak sa nedostaví dočasne práceneschopný poistenec bez ospravedlnenia v určený deň na lekársku prehliadku, poruší liečebný režim určený lekárom.

3. Po skončení dočasnej pracovnej neschopnosti predloží poistenec IV. diel potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho nemocenské poistenie.

4. Ak vznikla dočasná pracovná neschopnosť v dôsledku pracovného úrazu alebo choroby z povolania, po skončení dočasnej pracovnej neschopnosti, ktorá trvala najviac 10 kalendárnych dní, predloží zamestnanec IV. diel potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho úrazové poistenie, po predchádzajúcom potvrdení zamestnávateľom. Zamestnávateľ na účely výplaty náhrady príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti vyznačí, od ktorého dňa je zamestnanec práceschopný, na lla. účely potvrdenia v časti „Záznamy zamestnávateľa“.

5. Ak nastúpi poistenec do zamestnania bez rozhodnutia ošetrojúceho lekára, ohlásí túto skutočnosť ošetrojúcemu lekárovi a doručí mu toto potvrdenie. Zároveň si u ošetrojúceho lekára vyzdvihne IV. diel potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti a po potvrdení zamestnávateľom ho odovzdá pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho nemocenské/úrazové poistenie. Bez predloženia IV. dielu potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti nebudú nemocenské alebo úrazový príplatok za posledný kalendárny mesiac dočasnej pracovnej neschopnosti vyplatené.

[illegible]