

**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⁾ 1. Zamestnanec <input type="checkbox"/> 2. Povinne nemocensky poistená samostatne zárobkovo činná osoba <input type="checkbox"/> 3. Dobrovoľne nemocensky poistená osoba <input type="checkbox"/>				Kód zdravotnej poisťovne Neschopný práce od		
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..... Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára				Schopný práce od 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 tlačným písmom.

