


**A . Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti (PN) – „NESCHOPENKA„**

**I. Díl**


**Hlášení OSSZ (Okresní správa sociálního zabezpečení) o vzniku dočasné pracovní neschopnosti – bez barevného pruhu – Tento díl odešle nemocnice / lékař**

Evidenční štítek		C 0848388	
<b>ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI</b>			
<b>I. díl – Hlášení OSSZ o vzniku dočasné pracovní neschopnosti</b>			
<small>Toto hlášení je ošetřující lékař povinen odeslat okresní správě sociálního zabezpečení příslušné podle místa výkonu práce ošetřujícího lékaře (služebnímu orgánu) nejpozději v třetí pracovní den následující po dni, kdy bylo vydáno rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti.</small>			
Příjmení a jméno		Rodné číslo <sup>1)</sup>	
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"/> Úraz <sup>2)</sup> Pojištěnec uvádí / Podezření: <input type="checkbox"/> Pracovní úraz <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> Požití alkoholu nebo zneužití omamných nebo psychotropních látek <sup>2)</sup>			
<small>Razítko poskytovatele zdravotních služeb, jméno a podpis ošetřujícího lékaře</small>			
Povolené vycházky ode dne:		od _____ hod., do _____ hod. od _____ hod., do _____ hod.	
Souhlasím se zpětným oznámením dočasné pracovní neschopnosti od _____ Datum, razítko a podpis lékaře OSSZ			
 4 0 7 9 4 1 6 7 3 1		<sup>1)</sup> Není-li rodové číslo přiděleno, uvádě se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození. <sup>2)</sup> Hodící se označte křížkem X. Tyto údaje jsou pouze signalační a nejsou předmětem rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti.	
		<small>ČSSZ – 89 610 5 II/2013</small>	

**II. Díl**

**Průkaz práce neschopného pojistěnce a hlášení OSSZ o ukončení dočasné neschopnosti** – žlutý pruh – Tento díl dostane pacient a stále jej má u sebe, neboť do této části PN jsou zaznamenávány data ošetření / kontrol, vycházky. Po ukončení PN tento list odešle nemocnice / lékař na OSSZ.

Evidenční štítek		C 0848388	
<b>ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI</b>			
<b>II. díl – Průkaz práce neschopného pojistěnce a hlášení OSSZ o ukončení dočasné pracovní neschopnosti</b>			
Tento díl slouží současně jako průkaz práce neschopného pojistěnce a hlášení ošetřujícího lékaře o ukončení dočasné pracovní neschopnosti. Při skončení dočasné pracovní neschopnosti je pojistěncem povinen odevzdat tento díl ošetřujícímu lékaři, který jej po doplnění data ukončení neschopnosti a konečné diagnózy odešle okresní správě sociálního zabezpečení příslušné podle místa výkonu práce ošetřujícího lékaře (služebnímu orgánu), a to nejpozději v třetí pracovní den následující po dni, kdy bylo vydáno rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti.			
Příjmení a jméno		Rodné číslo <sup>1)</sup>	
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"/> Úraz <sup>2)</sup> Pojistěncem uvádí / Podezření: <input type="checkbox"/> Pracovní úraz <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> Požití alkoholu nebo zneužití omamných nebo psychotropních látek <sup>2)</sup>			
<small>Razítko poskytovatele zdravotních služeb, jménovka a podpis ošetřujícího lékaře</small>			
Neschopen práce do	Rozhodnuto dne		
Konečná diagnóza (statistická značka nemoci)			
<small>Razítko poskytovatele zdravotních služeb, jménovka a podpis ošetřujícího lékaře</small>			
Povolené vycházky ode dne:	od	hod.	do
	od	hod.	do
<b>Záznamy ošetřujícího lékaře, lékaře a pracovníka OSSZ (popř. jiného příslušného orgánu nemocenského pojištění)</b>			
Datum ošetření nebo kontroly	Příští ošetření nebo kontrola je stanovena na den	Podpis ošetř. lékaře, lékaře nebo pracovníka OSSZ	Poznámky



2 7 5 2 4 5 2 9 2 8

<sup>1)</sup> Mění-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojistěnce nebo datum narození.  
<sup>2)</sup> Hadící se označte křížkem X. Tyto údaje jsou pouze signalizační a nejsou předmětem rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti.

ČSSZ - 89 610 5  
II/2013

III. Díl

**Hlášení zaměstnavateli o vzniku dočasné pracovní neschopnosti – modrý pruh -**  
Tento díl dostane pacient a doručí svému zaměstnavateli.

		C 0848388 <sup>1)</sup>	
<b>ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI</b>			
<b>III. díl – Hlášení zaměstnavateli o vzniku dočasné pracovní neschopnosti</b>			
Toto hlášení odevzdává zaměstnanec neprodleně svému zaměstnavateli, který si je ponechá. Tímto hlášením zaměstnanec současně uplatňuje u zaměstnavatele nárok na náhradu mzdy, snížený plat nebo odměnu za prvních 21 kalendářních dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti.			
Příjmení a jméno		Rodné číslo <sup>1)</sup>	
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"/> Úraz <sup>2)</sup>			
Pojištěnec uvádí / Podezření:	<small>Razítko poskytovatele zdravotních služeb, jméno a podpis ošetřujícího lékaře</small>		
<input type="checkbox"/> Pracovní úraz <sup>2)</sup>			
<input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou <sup>2)</sup>			
<input type="checkbox"/> Požití alkoholu nebo zneužití omamných nebo psychotropních látek <sup>2)</sup>			
Písemný souhlas k uznání dočasné pracovní neschopnosti za více než tři kalendářní dny přede dnem zjištění vydala OSSZ (služební orgán)			
_____ dne _____			
Povolené vycházky ode dne:	od _____	hod,	do _____ hod.
	od _____	hod,	do _____ hod.
<p><small>1) Není-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození.</small></p> <p><small>2) Hoditci se označte křížkem X. Tyto údaje jsou pouze signalizační a nejsou předmětem rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti.</small></p>			
			<small>ČSSZ - 89 610 5 II/2013</small>



IV. Díl

**Žádost o nemocenské – růžový pruh** – Tento díl zůstává pacientovi. 14. den od vystavení PN (nejpozději následující den- PN předat svému zaměstnavateli + tzv., „Lístek na peníze,,“) Zaměstnavateli na konci měsíce odevzdává pacient tzv. „Lístek na peníze,, - Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény. Aby bylo možné potvrdit tzv., „Lístek na peníze,, musí pacient předložit II.díl PN (žlutý pruh).

**Pacient na této části PN je povinen vyplnit a podepsat prohlášení (na druhé straně tohoto dílu)**

Evidenční štítek **C 0848388**

**ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI**

**IV. díl – Žádost o nemocenské**

Toto rozhodnutí slouží jako žádost o nemocenské, trvá-li dočasná pracovní neschopnost déle než 21 kalendářních dnů. Žádost podávají zaměstnaní u svého zaměstnavatele, který ji předá příslušné okresní správě sociálního zabezpečení (služebnímu orgánu či úřadu). Osoby dobrovolně nemocensky pojistěné podávají tuto žádost a příslušné okresní správě sociálního zabezpečení.

Příjmení a jméno ..... Rodné číslo<sup>1)</sup> .....

Přesná adresa místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti (včetně poštovní) .....

Název a adresa zaměstnavatele ..... Druh vykonávané práce (profese) .....

Neschopen-  
průcke od ..... Vystaveno dne .....

Úraz<sup>2)</sup>

Pojistěncem uvádí / Podezření:

Pracovní úraz<sup>2)</sup>

Úraz zavinený jinou osobou<sup>2)</sup>

Požití alkoholu nebo zneužití omamných  
nebo psychotropních látek<sup>2)</sup>

Razítko poskytovatele zdravotních služeb, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře

**POZOR!**  
Před podáním žádosti o nemocenské je pojištěncem povinen vyplnit a podepsat prohlášení na druhé straně tohoto tiskopisu.

7 7 7 4 2 3 9 3 3 5

<sup>1)</sup> Nesí-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojištění nebo datum narození.

<sup>2)</sup> Rozdíl se označuje křížkem X. Tyto údaje jsou pouze signalizační a nejsou předmětem rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti.

ČÍSLO - 89 610  
II/201

Evidenční štítek

**Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény**

Číslo rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo potvrzení o nařízení karantény:

Příjmení a jméno: .....

Rodné číslo<sup>1)</sup>: .....

Přesná adresa místa pobytu v době pracovní neschopnosti: .....

Dočasná pracovní neschopnost (nařízená karanténa) ke dni ..... dosud trvá.<sup>2)</sup>

Datum .....

Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře  
nebo příslušného orgánu ochrany veřejného zdraví

<sup>1)</sup> Nesí-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojištění nebo datum narození.

<sup>2)</sup> Trvání dočasné pracovní neschopnosti lze potvrdit ke dni vydání tohoto potvrzení nebo nejvýše tři kalendářní dny dopředu. V případě jiných než českých pojištěnců lze na tomto tiskopise potvrdit pravděpodobnou dobu trvání dočasné pracovní neschopnosti dopředu na dobu delší než tři kalendářní dny.

0 4 5 5 0 9 0 1 8 2

ČÍSLO - 89 609  
IV/201

**V. Díl – Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti – hlášení zaměstnavateli – růžový pruh – Tento díl pacient odešle po ukončení PN svému zaměstnavateli**  
**Pacient na této části PN je povinen vyplnit a podepsat prohlášení (na druhé straně tohoto dílu)**

Evidenční štítek C 0848388

**ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI**

**V. díl – Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti – hlášení zaměstnavateli**

Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti zaměstnanci předávají neproděně svému zaměstnavateli, který ho po doplnění údajů odevzdá příslušné okresní správě sociálního zabezpečení (služebnímu orgánu). 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 22 kalendářních dnů.  
 Pojištěnec je povinen vyplnit a podepsat prohlášení na druhé straně tohoto tiskopisu.

Příjmení a jméno		Rodné číslo <sup>1)</sup>	
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"/> Úraz <sup>2)</sup> Pojištěnec uvádí / Podezření: <input type="checkbox"/> Pracovní úraz <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> Požití alkoholu nebo zneužití omamných nebo psychotropních látek <sup>2)</sup>		Rozhodnuto dne	
Neschopen práce do		Razítko poskytovatele zdravotních služeb, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře	
Dočasná pracovní neschopnost byla ukončena rozhodnutím OSSZ (služebního orgánu) ke dni			
<b>Záznamy zaměstnavatele<sup>3)</sup></b>			
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. <sup>4)</sup>			
Pokud zaměstnanec v době dočasné pracovní neschopnosti vykonával práci, uveďte, ve kterých dnech:			
Datum, razítko a podpis zaměstnavatele			

3 0 9 0 4 1 9 4 3 3

<sup>1)</sup> Není-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození.  
<sup>2)</sup> Hodici se označte křížkem X. Tyto údaje jsou pouze signalizační a nejsou předmětem rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti.  
<sup>3)</sup> Zaměstnavatel vyplňuje jen v případech, kdy tento díl předává OSSZ (služebnímu orgánu).  
<sup>4)</sup> Vyplní se, jen pokud zaměstnanec v poslední den pracovní neschopnosti pracoval.

ČSSZ - 89 610 5  
II/2013

**Upozornění pro pacienty**

Při vyplňování Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti (PN) je důležité, aby pacient uvedl přesnou adresu zaměstnavatele a adresu bydliště v době současné pracovní neschopnosti.

Tzv. „Lístek na peníze,, - Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény – vystavuje vždy **lékař u kterého je pacient ošetřován.**

**B. Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče), PARAGRAF,,**

- I. Díl – Rozhodnutí o vzniku potřeby ošetřování (péče) – žádost o ošetřovné**– Vyplňuje nemocnice / lékař a ten kdo žádá / ošetřuje - odevzdá tento díl svému zaměstnavateli.
  
- II. Díl – Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče) – Po ukončení ošetřování** odevzdává pečující svému zaměstnavateli.

**Upozornění pro žadatele / ošetřujícího**

Pro Díl I. a díl II. platí, že žadatel / ošetřující vyplní a podepíše část B.