MINISTERSTVO PRŮMYSLU A OBCHODU

ZDRAVOTNÍ POTVRZENÍ PŘÍJEMCE NÁHRADY ZA ZTRÁTU NA VÝDĚLKU PO SKONČENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI za období let ……[x/]

(vyplní praktický registrující lékař – prosíme kroužkovat!)

Jméno a příjmení: nar.

Adresa:

Současné zdravotní poškození, které je přímým následkem **nemoci z povolání** nebo **pracovního úrazu**

ze dne ……..

trvá i nadále a neumožňuje poškozenému pracovat v původním pracovním zařazení.

ANO **NE**

Poškozený poté utrpěl nepracovní úraz, nebo onemocněl chronickou obecnou chorobou, která nemá souvislost **s nemocí z povolání** nebo **pracovním úrazem**

ANO **NE**

Pokud **ANO**, zakroužkujte, prosím, vzniklé chronické obecné onemocnění:
(Sdělení údajů pod čísly 1-10 je dobrovolné a lékař je vyznačí jen se souhlasem poškozeného).

1 – zhoubné nádorové onemocnění
2 – onemocnění periferního či centrálního nervového systému
3 – onemocnění zažívacího traktu
4 – závažné psychiatrické onemocnění
5 – revmatické, nebo arthrotické kloubní onemocnění závažnějšího charakteru
6 – páteřní syndrom s nebo bez kořenového dráždění
7 – ischemická nemoc srdeční
8 – hypertenzní nemoc stupně ….
9 – onemocnění plic nebo průdušek
10 – jiné onemocnění

Toto onemocnění by jmenovaného z výkonu v jeho původním pracovním zařazení (nehledě k nemoci z povolání nebo **pracovnímu úrazu)**

VYŘAZOVALO **NEVYŘAZOVALO**

datum

Razítko a podpis praktického lékaře potvrzující pravdivost údajů

[x/] Doplní se příslušné roky