

# ZDRAVOTNÍ POTVRZENÍ PŘÍJEMCE NÁHRADY ZA ZTRÁTU NA VÝDĚLKU PO SKONČENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI za období let

.....<sup>x/</sup>

(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