



ŽÁDOST OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

Tento formulář použijte, pokud nelze požádat cestou lékařského software nebo webové aplikace. Žádost zašlete datovou zprávou: ID datové schránky: **hjaavk**; e-mailem opatřeným uznávaným elektronickým podpisem: epodatelna@mo.gov.cz; poštou na adresu: **Ministerstvo obrany - 7542, Oddělení nemocenského pojištění, náměstí Svobody 471/4, 160 01 Praha 6** nebo doručte osobně v úředních hodinách na uvedenou adresu. Další kontakty: fax: 973 225 769; e-mail IMO: odnp@mo.gov.cz; ŠIS: odnp@sis.acr; telefon: 973 225 765–7, lékař: 973 225 762.

Voják dočasně neschopný služby (DNS)

Hodnost, titul, příjmení a jméno		Datum narození
Číslo rozhodnutí o DNS	Vojenský útvar/zařízení	Datum zjištění DNS

Ošetřující lékař vojáka DNS žádá o udělení souhlasu se

- ☐ Zpětným uznáním DNS za období delší než 3 kalendářní dny přede dnem, v němž byla DNS zjištěna podle § 57 odst. 3 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění.*)
- ☐ Možností volby doby vycházek podle aktuálního zdravotního stavu pojištěnce podle § 56 odst. 6 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění.*)

Ošetřující lékař vojáka DNS žádá o povolení

- ☐ Změny místa pobytu z důvodu pobytu v cizině podle § 56 odst. 3 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění.*)

Udělení souhlasu nebo povolení žádám ode dne do dne
Odůvodnění žádosti:

V dne

.....
Razítko zdravotnického zařízení, jméno a podpis
ošetřujícího lékaře

Kontakty na ošetřujícího lékaře (ID datové schránky, telefon, e-mail):

Stanovisko lékaře orgánu nemocenského pojištění: ☐ SOUHLASÍM*) / ☐ NESOUHLASÍM*)

V Praze dne

.....
Razítko, jméno a podpis lékaře
orgánu nemocenského pojištění

Přílohy:

*) Zvolené označte X