

LEKÁRSKA SPRÁVA O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI
(CHOROBA, MATERSTVO, PRACOVNÝ ÚRAZ, CHOROBA Z POVOLANIA)

Nariadenie (EHS) č. 1408/71: článok 19 ods. 1 písm. b); článok 22 ods. 1 písm. a) bod ii); článok 22 ods. 1 písm. b) bod ii); článok 22 ods. 1 písm. c) bod ii);
článok 25 ods. 1 písm. b); článok 52 písm. b); článok 55 ods. 1 písm. a) bod ii); článok 55 ods. 1 písm. b) a článok 55 ods. 1 písm. c) bod ii)
Nariadenie (EHS) č. 574/72: článok 18 ods. 2 a ods. 3; článok 24; článok 26 ods. 5 a ods. 7; článok 61 ods. 2 a ods. 3; článok 64; článok 65 ods. 2 a ods. 4

Vyplní lekár inštitúcie, ktorá vystavuje formulár E 115 ako prílohu k uvedenému formuláru, a v prípade choroby alebo materstva zašle tento formulár v zalepenej obálke (?).

Tento formulár vyplňte tlačným písmom a píšete len do vybodkovaných riadkov. Formulár tvoria tri strany.

1.	Príslušná inštitúcia, ktorej je formulár adresovaný
1.1	Názov:
1.2	Identifikačné číslo inštitúcie:
1.3	Adresa:
1.4	Referenčný dokument: náš formulár E 116 zo dňa (dátum)

2. Príloha k formuláru E 115 zo dňa (dátum)

3.	Príslušná osoba
3.1	Priezvisko/á ⁽³⁾ :
3.2	Rodné priezvisko (ak sa odlišuje):
3.3	Mená: Dátum narodenia:
3.4	Adresa v štáte, kde má poistenec bydlisko alebo pobyť:
3.5	Osobné identifikačné číslo:

4. Ja, podpísaný lekár,
po vyšetrení uvedenej osoby
dňa
- 4.1 si myslím, že ide o
 prípad choroby prípad materstva (predpokladaný dátum pôrodu:)
- 4.2 pravdepodobne ide o
 pracovný úraz chorobu z povolania úraz
- 4.3 recidivu alebo zhoršený stav

A. Všeobecná správa

5. Je potrebné vyplniť pri každom prípade

5.1 Vývoj zdravotného stavu a súčasné príznaky:

.....

.....

5.2 Klinické vyšetrenie:

.....

.....

5.3 Iné zistenia:

.....

.....

5.4 Odborné vyšetrenia⁽⁴⁾:

.....

.....

5.5 Diagnóza:

.....

.....

5.6 Závety:

.....

.....

5.7 Príslušná osoba nebola uznaná za práceneschopnú

5.8 Príslušná osoba bola uznaná za práceneschopnú
od do

5.9 Príslušná osoba bola uznaná za čiastočne práceneschopnú v rozsahu
(..... %) od do⁽⁵⁾

5.10 Príslušná osoba sa podrobí ďalšiemu lekárskeму vyšetreniu dňa

5.11 Príslušná osoba by mala byť práceneschopná dňa

B. Správy v prípade pracovného úrazu

6. Prvá lekárska správa

6.1 Tento úraz spôsobil nasledujúce zranenia⁽⁶⁾:

.....

.....

.....

6.2 Tieto zranenia mali budú mať tieto následky⁽⁷⁾

.....

.....

6.3 Pracovná neschopnosť sa začala dňa

6.4 Zranená osoba sa lieči

doma ambulantne

v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti inde

Adresa⁽⁸⁾:

.....

.....

7.	Posledná lekárska správa
7.1	Liečenie sa skončilo dňa:
7.2	Zranenia sú stabilizované dňa:
7.3	<input type="checkbox"/> s úplným uzdravením
7.4	<input type="checkbox"/> a pravdepodobne budú mať tieto následky:
7.5	Podrobný popis stavu zranenej osoby po rekonvalescencii alebo na konci liečby:

8.	Inštitúcia v mieste bydliska alebo pobytu:		
8.1	Názov:		
8.2	Identifikačné číslo inštitúcie:		
8.3	Adresa:		
8.4	Pečiatka	8.5	Dátum:
		8.6	Podpis:

POZNÁMKY

- (¹) Symbol štátu inštitúcie, ktorá vyplňa formulár: BE = Belgicko; CZ = Česká republika; DK = Dánsko; DE = Nemecko; EE = Estónsko; GR = Grécko; ES = Španielsko; FR = Francúzsko; IE = Írsko; IT = Taliansko; CY = Cyprus; LV = Lotyšsko; LT = Litva; LU = Luxembursko; HU = Maďarsko; MT = Malta; NL = Holandsko; AT = Rakúsko; PL = Poľsko; PT = Portugalsko; SI = Slovinsko; SK = Slovensko; FI = Fínsko; SE = Švédsko; UK = Spojené kráľovstvo; IS = Island; LI = Lichtenštajnsko; NO = Nórsko; CH= Švajčiarsko. Uveďte druh vyšetrenia a dátum.
- (²) Formulár E 116 sa nevyžaduje pri žiadosti o dávky v materstve, splatné Belgickom. *Ak ide o Belgicko, tento formulár sa vždy musí zaslať najprv príslušnej belgickej inštitúcii nemocenského poistenia. V Českej republike, Lichtenštajnsku, Fínsku, Nórsku a Švédsku vyplňa tento formulár lekár, ktorého navštevuje príslušná osoba, a overí ho inštitúcia poistenia.*
- (³) Uveďte úplné priezvisko v poradí podľa preukazu totožnosti.
- (⁴) Uveďte druh vyšetrenia a dátum.
- (⁵) Na účely nórskeho poistenia.
- (⁶) Uveďte druh a charakter zranení a poranenú časť tela: zlomenina hornej končatiny, pomliaždenina na hlave, na prstoch, vnútorné zranenia, dusenie (asfyxia) atď.
- (⁷) Uveďte isté alebo pravdepodobné následky, ktoré boli zistené: úmrtie, trvalá alebo dočasná pracovná neschopnosť, úplná alebo čiastočná; v prípade dočasnej pracovnej neschopnosti uveďte predpokladanú dĺžku trvania.
- (⁸) Ak sa zranená osoba lieči v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, uveďte jeho názov.