



## ADMINISTRATIVNÍ DOTAZNÍK

Den nástupu na hospitalizaci: ..... Zdravotní pojišťovna: .....

Jméno a příjmení .....  
(včetně titulu, hodnosti)

Rodné příjmení: .....

Rodné číslo: ..... Občanství: .....

Číslo dokladu o totožnosti: ..... Telefon: .....  
(OP, služební průkaz, cestovní pas)

E-mail: .....

Adresa trvalého bydliště (vč. PSČ) .....

.....

### Vystavit „Rozhodnutí o pracovní neschopnosti“

ano - ne (zakroužkujte)

Zaměstnavatel: .....

Adresa (vč. PSČ): .....

Zaměstnán jako: .....

Číslo PN: .....  
(pokud je již vystavena praktickým lékařem)

#### Typ důchodu:

- starobní důchod
- částečný invalidní důchod
- plný invalidní důchod

Adresa bydliště, kde se budete nacházet v době „Dočasné pracovní neschopnosti“ po ukončení hospitalizace (pouze pokud se liší od místa trvalého pobytu)

.....

.....

Jméno + přesná adresa Vašeho praktického lékaře včetně PSČ - **NUTNÉ**

.....

.....

Nejbližší příbuzný (jméno, adresa, tel. + vztah)

.....

.....