

A

ROZHODNUTÍ O POTŘEBĚ OŠETŘOVÁNÍ (péče)

I. díl – Rozhodnutí o vzniku potřeby ošetřování (péče)

Tento díl rozhodnutí o vzniku potřeby ošetřování slouží jako průkaz osoby ošetřující člena domácnosti.

Při ukončení potřeby ošetřování je pojištěnec povinen odevzdat tento díl rozhodnutí o vzniku potřeby ošetřování ošetřujícímu lékaři, který doplní údaje o skončení potřeby ošetřování a založí jej do zdravotnické dokumentace.

| | | | |
|--|---------------------------------|--|--|
| Onemocnění dítěte, jiného člena domácnosti | | Rodné číslo ¹⁾ | |
| Příjmení a jméno | | | |
| Bydliště (přesná adresa) | | | |
| Onemocněl/a a jeho (její) stav vyžaduje nezbytně ošetřování jinou osobou ode dne | Potřeba ošetřování skončila dne | | |
| Datum _____ | Datum _____ | | |
| Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře | | Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře | |

| | | | |
|--|------------------------|--|--|
| Péče o dítě mladší 10 let – karanténa dítěte | | Rodné číslo ¹⁾ | |
| Příjmení a jméno | | | |
| Bydliště (přesná adresa) | | | |
| Byla nařízena karanténa ode dne | Karanténa skončila dne | | |
| Datum _____ | Datum _____ | | |
| Razítko a podpis orgánu ochrany veřejného zdraví (ošetřujícího lékaře) | | Razítko a podpis orgánu ochrany veřejného zdraví (ošetřujícího lékaře) | |

| | | | |
|--|-------------------------------|--|--|
| Onemocnění (karanténa) osoby, která jinak o dítě pečuje | | Rodné číslo ¹⁾ | |
| Příjmení a jméno | | | |
| Bydliště (přesná adresa) | | | |
| Ze zdravotních důvodů ²⁾ nemůže pečovat o dítě, o které jinak pečuje, ode dne | Schopen/á péče o dítě ode dne | | |
| Datum _____ | Datum _____ | | |
| Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře (orgánu ochrany veřejného zdraví) | | Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře (orgánu ochrany veřejného zdraví) | |

¹⁾ Nemí-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození

²⁾ Za zdravotní důvod se považuje skutečnost, že osoba, která jinak o dítě pečuje, onemocněla, utrpěla úraz, porodila, má nařízenou karanténu, byla přijata do ústavní péče nebo do zdravotnického zařízení jako průvodce nezletilého nebo jí byla poskytnuta komplexní lůžeková péče

Poučení

Nesouhlasí-li zaměstnanec s rozhodnutím o vzniku potřeby ošetřování, popř. s rozhodnutím o ukončení potřeby ošetřování, má možnost podat do tří dnů ode dne vydání rozhodnutí návrh na jeho přezkoumání ošetřujícímu lékaři, který rozhodnutí vydal. Pokud ošetřující lékař nebo vedoucí zdravotnického zařízení návrhu na přezkoumání nevyhoví, předá jej do pěti dnů od jeho doručení k rozhodnutí správnímu úřadu, který vydal rozhodnutí o registraci zdravotnického zařízení nebo je zřizovatelem zdravotnického zařízení (§ 77 zák. č. 20/1966 Sb. v platném znění).

Zaměstnanec, který pobírá ošetřovné, je povinen na výzvu ošetřujícího lékaře, který vydal rozhodnutí o vzniku potřeby ošetřování, nebo orgánu nemocenského pojištění dostavit se k ošetřujícímu lékaři s osobou, která potřebuje ošetřování, ke kontrole posouzení zdravotního stavu a potřeby ošetřování.

Evidenční štítek

A

ROZHODNUTÍ O POTŘEBĚ OŠETŘOVÁNÍ (péče)

II. díl – Rozhodnutí o vzniku potřeby ošetřování (péče) – hlášení do evidence OSSZ

Tento díl rozhodnutí o vzniku potřeby ošetřování je ošetřující lékař povinen odeslat příslušné okresní správě sociálního zabezpečení, a to nejpozději v pracovní den následující po dni, kdy bylo vydáno rozhodnutí o vzniku potřeby ošetřování.

| | |
|--|---------------------------|
| Onemocnění dítěte, jiného člena domácnosti | Rodné číslo ¹⁾ |
| Příjmení a jméno | |
| Bydliště (přesná adresa) | |
| Onemocněl/a a jeho (její) stav vyžaduje nezbytné ošetřování jinou osobou ode dne | Datum _____ |
| Statistická značka nemoci (diagnóza) | |
| Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře | |

| | |
|--|---------------------------|
| Péče o dítě mladší 10 let – karanténa dítěte | Rodné číslo ¹⁾ |
| Příjmení a jméno | |
| Bydliště (přesná adresa) | |
| Byla nařízena karanténa ode dne | Datum _____ |
| | |
| Razítko a podpis orgánu ochrany veřejného zdraví (ošetřujícího lékaře) | |

| | |
|---|---------------------------|
| Onemocnění (karanténa) osoby, která jinak o dítě pečuje | Rodné číslo ¹⁾ |
| Příjmení a jméno | |
| Bydliště (přesná adresa) | |
| Ze zdravotních důvodů ²⁾ nemůže pečovat o dítě, o které jinak pečuje, ode dne | Datum _____ |
| Statistická značka nemoci (diagnóza) | |
| Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře (orgánu ochrany veřejného zdraví) | |



1 9 2 8 0 6 2 5 1 4

¹⁾ Není-li rodné číslo přiděleno, uvede se evidenční číslo pojistěnce nebo datum narození

²⁾ Za zdravotní důvod se považuje skutečnost, že osoba, která jinak o dítě pečuje, onemocněla, utrpěla úraz, porodila, má nařízenou karanténu, byla přijata do ústavní péče nebo do zdravotnického zařízení jako průvodce nezletilého nebo jí byla poskytnuta komplexní lůžková péče

Evidenční štítek

A

ROZHODNUTÍ O POTŘEBĚ OŠETŘOVÁNÍ (PÉČE)

III. díl – Rozhodnutí o vzniku potřeby ošetřování (péče) – žádost o ošetřovné

Žádost o ošetřovné podávají zaměstnanci u svého zaměstnavatele, který žádost předá spolu s potřebnými podklady pro výplatu dávky příslušné okresní správě sociálního zabezpečení.

Část A – Rozhodnutí

| | |
|--|--|
| Onemocnění dítěte, jiného člena domácnosti | Rodné číslo ¹⁾ |
| Příjmení a jméno | |
| Bydliště (přesná adresa) | |
| Onemocněl/a a jeho (její) stav vyžaduje nezbytně ošetřování jinou osobou ode dne | Datum _____ |
| | Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře |

| | |
|---|--|
| Péče o dítě mladší 10 let – karanténa dítěte | Rodné číslo ¹⁾ |
| Příjmení a jméno | |
| Bydliště (přesná adresa) | |
| Byla nařízena karanténa ode dne | Datum _____ |
| | Razítko a podpis orgánu ochrany veřejného zdraví (ošetřujícího lékaře) |

| | |
|---|---|
| Onemocnění (karanténa) osoby, která jinak o dítě pečuje | Rodné číslo ¹⁾ |
| Příjmení a jméno | |
| Bydliště (přesná adresa) | |
| Ze zdravotních důvodů ²⁾ nemůže pečovat o dítě, o které jinak pečuje, ode dne | Datum _____ |
| | Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře (orgánu ochrany veřejného zdraví) |



4 7 8 3 2 4 8 8 2 6

¹⁾ Není-li rodné číslo přiděleno, uveďte evidenční číslo pojistěnce nebo datum narození

²⁾ Za zdravotní důvod se považuje skutečnost, že osoba, která jinak o dítě pečuje, onemocněla, utrpěla úraz, porodila, má nařízenou karanténu, byla přijata do ústavní péče nebo do zdravotnického zařízení jako průvodce nezletilého nebo jí byla poskytnuta komplexní lůžková péče

Část B – Žádost o ošetřovné (vyplňuje žadatel o dávku)

příjmení a jméno zaměstnance:

rodné číslo¹⁾:

bydliště (přesná adresa):

.....

rodinný stav:

žiji – nežiji s druhem/registrovaným partnerem²⁾

mám – nemám v péči dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku²⁾

Žádám o ošetřovné při péči o dítě (člena domácnosti):

příjmení a jméno:

rodné číslo¹⁾:

na ošetřované dítě je – není jiné fyzické osobě poskytována peněžitá pomoc v mateřství nebo má nárok na rodičovský příspěvek²⁾

Ošetřovaná osoba se mnou v domácnosti

žije²⁾

nežije²⁾ a je mým (mou)

rodinný poměr (syn, dcera apod.)

Prohlašuji, že jsou výše uvedené údaje pravdivé, – jsem si vědom(a), že jsem povinen(a) oznámit a prokázat všechny skutečnosti rozhodné pro nárok na ošetřovné, jeho výši a výplatu.

Ošetřovné žádám vyplatit následujícím způsobem:

poukázáním na můj účet číslo²⁾:

kód banky stát

poštovní poukázkou na adresu²⁾:

.....

Datum

Podpis zaměstnance:

Poučení

Ošetřovné se poukazuje na účet zaměstnance u peněžního ústavu v ČR nebo se vyplácí v hotovosti prostřednictvím držitele poštovní licence, tj. poštovní poukázkou. V případě výplaty dávky v hotovosti poštovní poukázkou hradí náklady za doručení příjemce ošetřovného. Na základě žádosti zaměstnance se ošetřovné vyplácí do ciziny jen na účet u banky v cizině, náklady této výplaty hradí příjemce. V tomto případě je třeba zřetelně označit stát, ve kterém se banka nachází.

Domácnost tvoří fyzické osoby, které spolu trvale žijí a společně uhrazují náklady na své potřeby.

¹⁾ Nemá-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojistěnce nebo datum narození

²⁾ Hodící se označte × a doplňte

Evidenční štítek

A

ROZHODNUTÍ O POTŘEBĚ OŠETŘOVÁNÍ (péče)

IV. díl – Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče)

Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování vydává ošetřující lékař, který vyznačí datum skončení potřeby ošetřování nemocného člena domácnosti (dítěte). Zaměstnanec neprodleně odevzdá tento doklad svému zaměstnavateli, který jej po doplnění části „C“ doručí příslušné okresní správě sociálního zabezpečení.

Část A – Rozhodnutí

| | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| Onemocnění dítěte, jiného člena domácnosti | | Rodné číslo ¹⁾ | |
| Příjmení a jméno | | | |
| Bydliště (přesná adresa) | | | |
| Onemocněl/a a jeho (její) stav vyžaduje nezbytně ošetřování jinou osobou ode dne | | Potřeba ošetřování skončila dne | |
| | | Datum _____ | |
| Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře | | | |

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| Péče o dítě mladší 10 let – karanténa dítěte | | Rodné číslo ¹⁾ | |
| Příjmení a jméno | | | |
| Bydliště (přesná adresa) | | | |
| Byla nařízena karanténa ode dne | | Karanténa skončila dne | |
| | | Datum _____ | |
| Razítko a podpis orgánu ochrany veřejného zdraví (ošetřujícího lékaře) | | | |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| Onemocnění (karanténa) osoby, která jinak o dítě pečuje | | Rodné číslo ¹⁾ | |
| Příjmení a jméno | | | |
| Bydliště (přesná adresa) | | | |
| Ze zdravotních důvodů ²⁾ nemůže pečovat o dítě, o které jinak pečuje, ode dne | | Schopen/á péče o dítě ode dne | |
| | | Datum _____ | |
| Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře (orgánu ochrany veřejného zdraví) | | | |



2 2 5 4 3 7 1 8 3 5

- 1) Není-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojistěnce nebo datum narození
2) Za zdravotní důvod se považuje skutečnost, že osoba, která jinak o dítě pečuje, onemocněla, utrpěla úraz, porodila, má nařízenou karanténu, byla přijata do ústavní péče nebo do zdravotnického zařízení jako průvodce nezletilého nebo jí byla poskytnuta komplexní lůžková péče

Část B – Vyplní zaměstnanec žádající o dávku

Příjmení a jméno zaměstnance:

rodné číslo¹⁾:

bydliště (*přesná adresa*):

Dítě (jiného člena domácnosti):

příjmení a jméno:

rodné číslo¹⁾:

jsem ošetřoval ve dnech

Prohlašuji, že nárok na ošetřovné za tuto dobu neuplatňuje jiný oprávněný a že jsem v těchto dnech osobně ošetřoval/a (pečoval/a) o nemocného člena domácnosti (dítě).

Péči o dítě v průběhu potřeby ošetřování přebíral(a) dne

příjmení a jméno:

rodné číslo¹⁾:

bydliště (*přesná adresa*):

Název a adresa zaměstnavatele:

Datum

Podpis zaměstnance:

Část C – Záznamy zaměstnavatele

Zaměstnanec opět nastoupil do zaměstnání dne:

Zaměstnanec pracoval v průběhu ošetřování ve dnech (vyplní se jen, pokud spadá do podpůrcí doby):

.....

.....
Razítko zaměstnavatele a podpis

Poučení

Nesouhlasí-li zaměstnanec s rozhodnutím o vzniku potřeby ošetřování, popř. s rozhodnutím o ukončení potřeby ošetřování, má možnost podat do tří dnů ode dne vydání rozhodnutí návrh na jeho přezkoumání ošetřujícímu lékaři, který rozhodnutí vydal. Pokud ošetřující lékař nebo vedoucí zdravotnického zařízení návrhu na přezkoumání nevyhoví, předá jej do pěti dnů od jeho doručení k rozhodnutí správnímú úřadu, který vydal rozhodnutí o registraci zdravotnického zařízení nebo je zřizovatelem zdravotnického zařízení (§ 77 zák. č. 20/1966 Sb. v platném znění).

Návrh na přezkoumání rozhodnutí ošetřujícího lékaře nemá odkladný účinek.

Zaměstnanec, kterému bylo ošetřovné vyplaceno za dobu delší než prvních 9 kalendářních dnů potřeby ošetřování, předloží oznámení o výplatě dávky (tj. oznámení, které obdrží spolu s dávkou), k nahlédnutí své mzdové účetní, jako podklad pro vedení evidence vyloučených dob pro účely důchodového pojištění.

¹⁾ *Není-li rodné číslo přiděleno, uvede se evidenční číslo pojistěnce nebo datum narození*

Evidenční štítek

A

ROZHODNUTÍ O POTŘEBĚ OŠETŘOVÁNÍ (péče)**V. díl – Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče)**

Tento díl slouží jako hlášení ošetřujícího lékaře o ukončení potřeby ošetřování. Lékař jej odešle do evidence příslušné okresní správě sociálního zabezpečení, a to nejpozději v pracovní den následující po dni, kdy bylo vydáno rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování.

Část A – Rozhodnutí

| | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| Onemocnění dítěte, jiného člena domácnosti | | Rodné číslo ¹⁾ | |
| Příjmení a jméno | | | |
| Bydliště (přesná adresa) | | | |
| Onemocněl/a a jeho (její) stav vyžaduje nezbytně ošetřování jinou osobou ode dne | | Potřeba ošetřování skončila dne | |
| | | Datum _____ | |
| Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře | | | |

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| Péče o dítě mladší 10 let – karanténa dítěte | | Rodné číslo ¹⁾ | |
| Příjmení a jméno | | | |
| Bydliště (přesná adresa) | | | |
| Byla nařízena karanténa ode dne | | Karanténa skončila dne | |
| | | Datum _____ | |
| Razítko a podpis orgánu ochrany veřejného zdraví (ošetřujícího lékaře) | | | |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| Onemocnění (karanténa) osoby, která jinak o dítě pečuje | | Rodné číslo ¹⁾ | |
| Příjmení a jméno | | | |
| Bydliště (přesná adresa) | | | |
| Ze zdravotních důvodů ²⁾ nemůže pečovat o dítě, o které jinak pečuje, ode dne | | Schopen/á péče o dítě ode dne | |
| | | Datum _____ | |
| Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře (orgánu ochrany veřejného zdraví) | | | |



3 2 7 2 1 2 4 4 1 6

¹⁾ Není-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojistěnce nebo datum narození

²⁾ Za zdravotní důvod se považuje skutečnost, že osoba, která jinak o dítě pečuje, onemocněla, utrpěla úraz, porodila, má nařízenou karanténu, byla přijata do ústavní péče nebo do zdravotnického zařízení jako průvodce nezletilého nebo jí byla poskytnuta komplexní lůžková péče