



IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Adresa trvalého pobytu:

Rodinný stav:

Telefonní číslo:

Praktický lékař:

Zaměstnavatel:

- **název zaměstnavatele:**
- **adresa zaměstnavatele:**
- **profese:**

Příbuzná osoba:

- **jméno a příjmení:**
- **příbuzenský vztah:**
- **telefonní kontakt:**

Žádám o vystavení pracovní neschopnosti (DPN): **ANO** **NE**

Adresa pobytu na DPN po propuštění z nemocnice:

DPN mám již vystavenou: **ANO** **NE**

Za spolupráci děkuje kolektiv chirurgického oddělení VNOL.