

(pieczęć podmiotu wykonującego
działalność leczniczą) [1]

**ZAŚWIADCZENIE
O STANIE ZDROWIA
DLA CELÓW ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO
WYDANE PRZEZ LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE**

Tożsamość ustalono na podstawie niżej wymienionego dokumentu.

DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO	
01. Numer PESEL (1) <input style="width: 95%;" type="text"/>	02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input style="width: 20px;" type="text"/>
04. Nazwisko <input style="width: 95%;" type="text"/>	03. Seria i numer dokumentu <input style="width: 95%;" type="text"/>
05. Imię <input style="width: 95%;" type="text"/>	06. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/>

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO - ADRES ZAMIESZKANIA				
01. Kod pocztowy <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>	02. Poczta <input style="width: 95%;" type="text"/>			
03. Gmina / Dzielnica <input style="width: 95%;" type="text"/>				
04. Miejscowość <input style="width: 95%;" type="text"/>				
05. Ulica <input style="width: 95%;" type="text"/>				
06. Numer domu <input style="width: 20px;" type="text"/>	07. Numer lokalu <input style="width: 20px;" type="text"/>	08. Numer telefonu (1) <input style="width: 20px;" type="text"/>	09. Symbol państwa (2)(3) <input style="width: 20px;" type="text"/>	
10. Zagraniczny kod pocztowy (2) <input style="width: 40px;" type="text"/>		11. Nazwa państwa (2) <input style="width: 95%;" type="text"/>		

(1) Podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe.
(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.
(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

1. ROZPOZNANIE

Choroba podstawowa:

.....

.....

.....

.....

Choroby współistniejące:

.....

.....

.....

.....

.....

2. OPIS PRZEBIEGU CHOROBY I DOTYCHCZASOWEGO LECZENIA

Należy uwzględnić od kiedy (data, okres) i z jakiego powodu prowadzono leczenie, pobyty w szpitalu, sanatorium, ośrodku rehabilitacji (okres, nazwa zakładu), dłuższe okresy czasowej niezdolności do pracy, wyniki badań pomocniczych i wnioski z konsultacji specjalistycznych potwierdzające rozpoznanie choroby podstawowej i chorób współistniejących.

3. ROKOWANIE

Ocena wyników leczenia i rokowanie (należy określić obecny stan zdrowia, prognozę przebiegu choroby, wskazania odnośnie dalszego leczenia i rehabilitacji):

4. UBEZPIECZONY

Ubezpieczony jest: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

zdolny

niezdolny

do odbycia podróży na badanie przez lekarza orzecznika (konsultanta) ZUS z powodu:

ZAŁĄCZNIKI:

UWAGA: Zaświadczenie o stanie zdrowia powinno być wystawione nie wcześniej niż na miesiąc przed złożeniem wniosku o świadczenie.

.....
(Miejscowość)

.....
(Data: dd / mm / rrrr)

.....
(Pieczęć i podpis lekarza) [1]

[1] Na dokumencie w formie papierowej wymagane są pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz podpis i pieczęć lekarza.