

Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Zaświadczenie o stanie zdrowia

Instrukcja wypełniania

To zaświadczenie wypełnia lekarz.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. Zaświadczenie o stanie zdrowia powinno być wystawione nie wcześniej niż na miesiąc przed złożeniem wniosku o świadczenie
5. W zaświadczeniu podaj **adres zamieszkania** osoby ubezpieczonej

Dane osoby ubezpieczonej

PESEL	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																		
Seria i numer paszportu																			
	Jeśli osoba ubezpieczona nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer paszportu oraz datę urodzenia																		
Data urodzenia	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">dd</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">/</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">mm</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">/</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">rrrr</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>											dd	/	mm	/	rrrr			
dd	/	mm	/	rrrr															
Imię																			
Nazwisko																			
Ulica																			
Numer domu		Numer lokalu																	
Kod pocztowy		Miejscowość																	
Nazwa państwa																			
	Podaj, jeśli adres jest inny niż polski																		
Numer telefonu																			
	To pole nie jest obowiązkowe, ale ułatwi nam kontakt z osobą ubezpieczoną																		

Rozpoznanie

Choroba podstawowa:

Choroby współistniejące:

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

Uwzględnij, od kiedy (data, okres) i z jakiego powodu prowadzono leczenie, pobyty w szpitalu, sanatorium, ośrodka rehabilitacji (okres, nazwa zakładu), wyniki badań pomocniczych i wnioski z konsultacji specjalistycznych potwierdzające rozpoznanie choroby podstawowej i chorób współistniejących

Rokowanie

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

Informacje o osobie ubezpieczonej

Osoba ubezpieczona jest: zdolna
 niezdolna do odbycia podróży na badanie przez lekarza orzecznika (konsultanta) ZUS z powodu:

Załączniki

Załączam dokumentów

Data

dd	/	mm	/	rrrr			

Podpis i pieczęć lekarza

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>