

*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

Numer PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Jeśli osoba ubezpieczona nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Data urodzenia
dd / mm / rrrr

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie

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, ośrodku 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