

Wypełniać tylko pola jasne w wyznaczonych kratkach dużymi drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem

		Seria		Nr		ORYGINAL		POUFNE DRUK ŚCISŁEGO ZARACHOWANIA		ZASWIADCZENIE LEKARSKIE			
DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO	01. PESEL ubezpieczonego					02. Imię pierwsze ubezpieczonego							
	03. Nazwisko ubezpieczonego									04. Ubezpieczony w: <sup>1)</sup>			
	05. Seria i numer paszportu (wpisać serię i numer paszportu tylko, gdy nie nadano PESEL)												
	06. Data urodzenia ubezpieczonego (DD/MM/RRRR) <sup>2)</sup>												
	DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO <sup>3)</sup>	07. Kod pocztowy	08. Miejscowość										
		09. Ulica					10. Numer domu			11. Numer lokalu			
12. Niezdolność do pracy od (DD/MM/RRRR)		13. Niezdolność do pracy do (DD/MM/RRRR)			14. Pobyt w szpitalu <sup>4)</sup>		15. Wskazania <sup>5)</sup> lekarskie		16. Kod(y) <sup>6)</sup>				
DANE O NIEZDOLNOŚCI DO PRACY	17. Numer statystyczny choroby	18. Kod <sup>7)</sup> pokrewieństwa osoby pod opieką		19. Data urodzenia osoby pozostającej pod opieką (DD/MM/RRRR)									
DANE PŁATNIKA	20. N P lub PESEL, lub seria i numer paszportu płatnika składek, jeżeli nie ma obowiązku posługiwać się NIP i nie nadano PESEL <sup>8)</sup>												
	21. Identyfikator lekarza				22. Data wystawienia dokumentu (DD/MM/RRRR)								
23. Podpis i pieczęć lekarza, lekarza dentystry, starszego felczera, felczera						24. Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą							

1) ZUS - wpisać 1  
KRUS - 2  
innym w Polsce - 3  
innym państwie - 4

2) Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie nadano PESEL

3) Adres pobytu w okresie trwania niezdolności do pracy

4) Liczba dni pobytu w szpitalu

5) Chory powinien leżeć - wpisać 1  
chory może chodzić - 2

6) Wpisać odpowiedni kod: A, B, C, D, E

7) Jeśli dziecko - wpisać 1  
małżonek, rodzice, teściowie, dziadkowie, wnuki, rodzeństwo - 2  
inne osoby - 3

8) Wpisywać bez kresek