

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA W SPRAWIE CHOROBY PRZEWLEKŁEJ

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli chcesz otrzymać orzeczenie, o którym mowa w art. 47 ust. 3 pkt 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2020 r. poz. 1845), dotyczące:

- wpływu choroby przewlekłej na zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną, która jest przyczyną epidemii;
- wpływu zakażenia lub zachorowania na chorobę zakaźną, która jest przyczyną epidemii, na chorobę przewlekłą.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. We wniosku podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie

Dane wnioskodawcy

PESEL	<input type="text"/>									
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>									
	Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz datę urodzenia									
Data urodzenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	dd		/		mm		/		rrrr	
Imię	<input type="text"/>									
Nazwisko	<input type="text"/>									
Ulica	<input type="text"/>									
Numer domu	<input type="text"/>			Numer lokalu	<input type="text"/>					
Kod pocztowy	<input type="text"/>			Miejscowość	<input type="text"/>					
Nazwa państwa	<input type="text"/>									
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski									
Numer telefonu	<input type="text"/>									
	Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie									

Zakres wniosku

Proszę o wydanie orzeczenia w sprawie rozpoznanej u mnie choroby przewlekłej/ chorób przewlekłych:

Podaj chorobę przewlekłą/ choroby przewlekłe, z powodu której/ których jesteś leczony.

w zakresie:

1. wpływu tej choroby/ tych chorób na zakażenie SARS-CoV-2 lub zachorowanie na COVID-19,
2. wpływu zakażenia SARS-CoV-2 lub zachorowania na COVID-19 na tę chorobę/ te choroby.

Z powodu ww. choroby przewlekłej/ chorób przewlekłych, jestem/ byłem leczony w następujących placówkach służby zdrowia:

Podaj nazwy i adresy tych placówek

Załączniki

Do wniosku dołączam:

zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, wypełnione przez lekarza, pod którego opieką się znajduję;

dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i inne dokumenty, które mogą mieć wpływ na wydanie orzeczenia.

Sposób odbioru odpowiedzi

w placówce ZUS (osobiście lub przez osobę upoważnioną)

pocztą na adres wskazany we wniosku

na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

Data

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Czytelny podpis

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>