

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

<b>ZUS ZLA</b>	Seria <input type="text"/>	Nr <input type="text"/>	KOPIA	POUFNE DRUK ŚCIŚLEGO ZARACHOWANIA	<b>ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE</b>
----------------	-------------------------------	----------------------------	-------	--------------------------------------	--------------------------------

**DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO**

01. PESEL ubezpieczonego <input type="text"/>	02. Imię pierwsze ubezpieczonego <input type="text"/>
03. Nazwisko ubezpieczonego <input type="text"/>	04. Ubezpieczony w (1) <input type="checkbox"/>
05. Seria i numer paszportu (2) <input type="text"/>	06. Data urodzenia ubezpieczonego (dd / mm / rrrr) (2) <input type="text"/>

**DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO (3)**

07. Kod pocztowy <input type="text"/>	08. Miejscowość <input type="text"/>
09. Ulica <input type="text"/>	
10. Numer domu <input type="text"/>	11. Numer lokalu <input type="text"/>

**DANE O NIEZDOLNOŚCI DO PRACY**

12. Niezdolność do pracy od (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	13. Niezdolność do pracy do (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	14. Pobyt w szpitalu od (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	15. Pobyt w szpitalu do (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>
16. Wskazania lekarskie (4) <input type="checkbox"/>	17. Kod(y) (5) <input type="text"/>	18. Numer statystyczny choroby <input type="text"/>	19. Kod pokrewieństwa osoby pod opieką (6) <input type="text"/>
20. Data urodzenia osoby pozostającej pod opieką (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>			

**DANE PŁATNIKA**

21. Rodzaj identyfikatora płatnika (7) <input type="text"/>	22. Identyfikator płatnika (8) <input type="text"/>
--	--

**MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

23. Nazwa skrócona <input type="text"/>	
24. Kod pocztowy <input type="text"/>	25. Miejscowość <input type="text"/>
26. Ulica <input type="text"/>	
27. Numer domu <input type="text"/>	28. Numer lokalu <input type="text"/>

**DANE LEKARZA**

29. Identyfikator lekarza <input type="text"/>	30. Imię lekarza <input type="text"/>
31. Nazwisko lekarza <input type="text"/>	

32. Data wystawienia dokumentu (dd / mm / rrrr)

33. Podpis i pieczęć lekarza, lekarza dentystry, starszego felczera, felczera

(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) Chory powinien leżeć - wpisać 1 / chory może chodzić - 2

(5) Wpisać odpowiedni kod: A, B, C, D, E

(6) Jeśli dziecko - wpisać 1

małżonek, rodzice, ojczym, macocha, rodzic dziecka, teściowie, dziadkowie, wnuki,

rodzeństwo - 2

inne osoby - 3

(7) NIP - wpisać 1 / PESEL - 2 / seria i numer paszportu - 3

(8) Należy wpisać (bez kresek) NIP lub PESEL, lub serię i numer paszportu płatnika składek, jeżeli nie ma obowiązku posługiwać się NIP i nie nadano PESEL

Wzór zaświadczenia lekarskiego (ZUS ZLA) – wersja alternatywna (dostępna) dla osób korzystających z czytników ekranu

---

Prosimy nie wypełniać tego pliku. Jest to odwzorowanie wydruku z systemu.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

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

Blok z kolorowym tłem

ZUS ZLA

Seria

Numer

KOPIA

POUFNE. DRUK ŚCISŁEGO ZARACHOWANIA

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Koniec bloku z kolorowym tłem

**DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO**

01. PESEL ubezpieczonego

02. Imię pierwsze ubezpieczonego

03. Nazwisko ubezpieczonego

04. Ubezpieczony w

ZUS – wpisać 1, KRUS wpisać 2, innym w Polsce wpisać 3, innym państwie wpisać 4

05. Seria i numer paszportu.

Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie nadano PESEL

06. Data urodzenia ubezpieczonego (dd ukośnik mm ukośnik rrrr)

Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie nadano PESEL

**DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO**

Adres pobytu w okresie trwania niezdolności do pracy

07. Kod pocztowy

08. Miejscowość

09. Ulica

10. Numer domu

11. Numer lokalu

### **DANE O NIEZDOLNOŚCI DO PRACY**

12. Niezdolność do pracy od (dd ukośnik mm ukośnik rrrr)

13. Niezdolność do pracy do (dd ukośnik mm ukośnik rrrr)

14. Pobyt w szpitalu od (dd ukośnik mm ukośnik rrrr)

15. Pobyt w szpitalu do (dd ukośnik mm ukośnik rrrr)

16. Wskazanie lekarskie

Chory powinien leżeć – wpisać 1, chory może chodzić – wpisać 2

17. Kod(y) – Wpisać odpowiedni kod: A, B, C, D, E

18. Numer statystyczny choroby

19. Kod pokrewieństwa osoby pod opieką

Jeśli dziecko – wpisać 1, mążonek, rodzice, ojczym, macocha, rodzic dziecka, teściowie, dziadkowie, wnuki, rodzeństwo – wpisać 2, inne osoby – wpisać 3

20. Data urodzenia osoby pozostającej pod opieką (dd ukośnik mm ukośnik rrrr)

### **DANE PŁATNIKA**

21. Rodzaj identyfikatora płatnika

NIP – wpisać 1, PESEL – wpisać 2, seria i numer paszportu – wpisać 3

22. Identyfikator płatnika

Należy wpisać (bez kresek) NIP lub PESEL, lub serię i numer paszportu płatnika składek, jeżeli nie ma obowiązku posługiwać się NIP i nie nadano PESEL

### **MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

23. Nazwa skrócona

24. Kod pocztowy

25. Miejscowość

26. Ulica

27. Numer domu

28. Numer lokalu

Blok z kolorowym tłem

### **DANE LEKARZA**

29. Identyfikator lekarza

30. Imię lekarza

31. Nazwisko lekarza

Koniec bloku z kolorowym tłem

32. Data wystawienia dokumentu (dd ukośnik mm ukośnik rrrr)

33. Podpis i pieczęć lekarza, lekarza dentystry, starszego felczera, felczera