



Pieczęć podmiotu wykonującego
działalność leczniczą

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O ZWIĄZKU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY Z CHOROBA ZAWODOWĄ/ WYPADKIEM

Instrukcja wypełniania

Zaświadczenie to wystaw, jeżeli stwierdzisz, że niezdolność do pracy Twojego pacjenta wiąże się z chorobą zawodową lub jest następstwem wypadku przy pracy albo wypadku w drodze do pracy lub z pracy.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Dane osoby ubezpieczonej

Numer PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

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

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Dane identyfikacyjne lekarza

Imię

Nazwisko

Identyfikator

Zaświadczam, że niezdolność do pracy osoby ubezpieczonej:

Wybierz, czego dotyczy zaświadczenie

w okresie

Podaj datę od-do

pozostaje w związku z chorobą zawodową

jest następstwem wypadku (wybierz rodzaj wypadku): przy pracy

w drodze do pracy

w drodze z pracy

z dnia

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

dd / mm / rrrr

Data

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

dd / mm / rrrr

Pieczęć i podpis lekarza