

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

ZUS ZLA		Strona	Nr	ORYGINAL	POURNE DRUK ŚCIŚLEGO ZARACHOWANIA	ZASWIADCZENIE LEKARSKIE
DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO	01. PESEL ubezpieczonego		02. Imię pierwsze ubezpieczonego			
	03. Nazwisko ubezpieczonego					04. Ubezpieczony w ¹⁾
	05. Seria i numer paszportu (wpisać serię i numer paszportu tylko, gdy nie nadano PESEL)					
	06. Data urodzenia ubezpieczonego (DD/MM/RRRR) ²⁾					
DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO ³⁾	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 ⁴⁾	
DANE O NIEZDOLNOŚCI DO PRACY	15. Wezwanie ⁵⁾ lekarskie		16. Kod(y) ⁶⁾			
	17. Numer statystyczny choroby		18. Kod ⁷⁾ powikłań osoby pod opieką		19. Data urodzenia osoby pozostającej pod opieką (DD/MM/RRRR)	
DANE PŁATNIA	20. NIP lub PESEL, lub seria i numer paszportu płatnika składek, jeżeli nie ma obowiązku posługiwać się NIP i nie nadano PESEL ⁸⁾					
	21. Identyfikator lekarza		22. Data wystawienia dokumentu (DD/MM/RRRR)			
	23. Podpis i pieczęć lekarza, lekarza dentyisty, 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