

## INFORMACJA O MIEJSCACH LECZENIA

## Instrukcja wypełniania

Jeśli wypełnisz ten formularz, będziemy mogli łatwiej pozyskać dokumentację medyczną, niezbędną do wydania orzeczenia w Twojej sprawie.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
3. Podaj swój **adres zamieszkania**

## Dane osoby ubezpieczonej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu oraz datę urodzenia

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie

## Informacja

Jestem/ byłem leczony w poniższych placówkach służby zdrowia:

Podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia, ewentualnie imię i nazwisko lekarza. **Placówka służby zdrowia** to np. przychodnia, szpital, ośrodek zdrowia, poradnia, indywidualna i grupowa praktyka lekarska lub inne podmioty, które udzielają świadczeń zdrowotnych

---

Podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia, ewentualnie imię i nazwisko lekarza. **Placówka służby zdrowia** to np. przychodnia, szpital, ośrodek zdrowia, poradnia, indywidualna i grupowa praktyka lekarska lub inne podmioty, które udzielają świadczeń zdrowotnych

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: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>