

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

<b>ZUS ZLA</b>	Seria ZX	Nr 9165733	KOPIA	POUFNE DRUK ŚCISŁEGO ZARACHOWANIA	<b>ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE</b>
----------------	-------------	---------------	-------	--------------------------------------	--------------------------------

**DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO**

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

**DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO (3)**

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

**DANE O NIEZDOLNOŚCI DO PRACY**

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

**DANE PŁATNIKA**

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

**MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

23. Nazwa skrócona	
NZOZ "PODGÓRNA"	
24. Kod pocztowy	25. Miejscowość
70-205	SZCZECIN
26. Ulica	
PODGÓRNA	
27. Numer domu	28. Numer lokalu
22	23

**DANE LEKARZA**

29. Identyfikator lekarza	30. Imię lekarza
6063963	IWONA
31. Nazwisko lekarza	
HORNOWSKA	

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

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

- (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

Przychodnia Medycyny Rodzinnej PODGÓRNA

70-205 Szczecin, ul. Podgórna 22/23  
tel. 91 489 24 90  
nr umow: 16-00-02203-14-03/01-01-11-0390

Identyfikator: 812421983-0002

Świadczeniodawca



Pacjent

Oddział NFZ

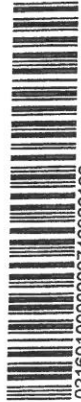
16

Uprawnienia  
dodatkowe

PESEL

Rp

Odpłatność



0216010000002742922192

Data wystawienia:

Dane i podpis lekarza

Data realizacji "od dnia":



3060639634

Wydruk własny

Przychodnia Medycyny Rodzinnej PODGÓRNA

70-205 Szczecin, ul. Podgórna 22/23  
tel. 91 489 24 90  
nr umow: 16-00-02203-14-03/01-01-11-0390

Identyfikator: 812421983-0002

Świadczeniodawca



Pacjent

Oddział NFZ

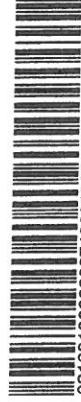
16

Uprawnienia  
dodatkowe

PESEL

Rp

Odpłatność



0216010000002742922295

Data wystawienia:

Dane i podpis lekarza

Data realizacji "od dnia":



3060639634

Wydruk własny

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Przychodnia Medycyny Rodzinnej PODGÓRNA

70-205 Szczecin, ul. Podgórna 22/23  
tel. 91 489 24 90  
nr umow: 16-00-02203-14-03/01-01-11-0390

Identyfikator: 812421983-0002

Świadczeniodawca



Pacjent

Oddział I

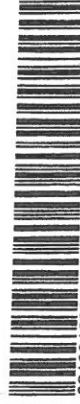
16

Uprawnienia  
dodatkowe

PESEL

Rpw

Odpłatno



0216010000002742922099

Data wystawienia:

Dane i podpis lekarza

Data realizacji "od dnia":



3060639634

Wydruk własny