

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

ZUS ZLA		Seria	Nr	KOPIA 1	POUFNE DRUK ŚCISŁEGO ZARACHOWANIA	ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE		
01. PESEL ubezpieczonego		02. Imię pierwsze ubezpieczonego						
03. Nazwisko ubezpieczonego		04. Ubezpieczony w: ¹⁾						
05. Inny numer ²⁾		06. NIP lub seria i numer dokumentu ubezpieczonego						
08. Niezdolność do pracy od		09. Niezdolność do pracy do		10. Niezdolność do pracy ³⁾		11. Pobył w szpitalu ⁴⁾	07. Data urodzenia ubezpieczonego	
12. Wskazania lekarskie ⁵⁾		13. Kod(y) ⁵⁾		14. Numer statystyczny choroby ⁵⁾		15. Data urodzenia chorego i pozostającej w opiece ⁷⁾		
17. Imię pierwsze lekarza		16. Nazwa placówki opieki				18. Nazwisko lekarza		
19. Identyfikator lekarza		20. Data wydania dokumentu		21. NIP Zakładu Opieki Zdrowotnej		22. NIP płatnika (wisać bez kresek)		
24. Kod pocztowy		25. Miejscowość		26. Ulica		27. Numer domu		28. Numer lokalu
29. Podpis i pieczęć lekarza		30. Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej						

1) Jeśli w ZUS, wpisać - 1 w KRUS - 2 inny - 3
2) Jeśli NIP, wpisać - 1 dowód osobisty - 2 paszport - 3
3) Liczba dni niezdolności do pracy
4) Liczba dni pobytu w szpitalu
5) Chory powinien iść - 1 chory może chodzić - 2
6) Wpisać odpowiedni kod: A, B, C, D, E
7) Jeśli dziecko - 1 matzonek, rodzice, teściowie, dziadkowie, wnuki, rodzeństwo - 2 inne osoby - 3