

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA*

Imię i Nazwisko ubezpieczonej(ego)

PESEL

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Adres miejsca zamieszkania-stałego pobytu**

Tożsamość ww. osoby ustalono na podstawie dowodu osobistego/paszportu** seria nr

1. ROZPOZNANIE

Choroba podstawowa (kalectwo)-główny problem zdrowotny, powód upośledzenia sprawności (niewydolności) organizmu:

.....
.....
.....
.....

Choroba (kalectwo) współistniejące:

.....
.....
.....
.....
.....

2. **Opis dotychczasowego przebiegu choroby i leczenia**– należy uwzględnić od kiedy (data-okres) i z jakiego powodu w/w jest leczona(y), w tym ambulatoryjnie, w szpitalu, sanatorium, ośrodka rehabilitacyjnym (okres, nazwa zakładu) oraz okres orzekanej czasowej niezdolności do pracy.

* Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane ubezpieczonej(emu) na jej(ego) życzenie przez świadczeniodawcę - na podstawie art 16 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z ubieganiem się o świadczenie z ubezpieczenia społecznego rolników. Zaświadczenie jest ważne miesiąc od daty jego wydania.

** niepotrzebne skreślić

3. **Wyniki badań pomocniczych i wnioski z konsultacji specjalistycznych** potwierdzające rozpoznanie choroby podstawowej i chorób współistniejących-wyciąg istotnych danych z dokumentacji przebiegu leczenia z podaniem źródła informacji i daty badania

4. **Ocena wyników dotychczasowego leczenia i rokowanie** (należy określić obecny stan zdrowia, prognozę przebiegu choroby, wskazania odnośnie dalszego leczenia i rehabilitacji)

5. **Ubezpieczona(y) jest:**

zdolna(y); niezdolna(y) do osobistego stawienia się na badanie przez lekarza rzeczoznawcę/ komisję lekarską KRUS z powodu:

Załączniki:

.....
podpis i pieczęć lekarza