

pieczęć placówki służby zdrowia , dnia

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko ubezpieczonego(ej)

Data urodzenia ; Adres

Tożsamość ustalono na podstawie dowodu osobistego*/paszportu* seria nr

1. ROZPOZNANIE

Choroba podstawowa

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

Choroby współistniejące

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia – należy uwzględnić od kiedy (data, okres) i z jakiego powodu prowadzono leczenie, pobyty w szpitalu, sanatorium, ośrodku rehabilitacji (okres, nazwa zakładu), dłuższe okresy czasowej niezdolności do pracy

* niepotrzebne skreślić

N-9 Zaświadczenie o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego wydane przez lekarza prowadzącego leczenie