

1270**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

z dnia 1 października 2010 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Na podstawie art. 59 ust. 14 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadcze-

nia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. Nr 65, poz. 741 oraz z 2006 r. Nr 1, poz. 3) załączniki nr 1 i 2 otrzymują brzmienie określone odpowiednio w załącznikach nr 1 i 2 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Zaświadczenia lekarskie i zaświadczenia lekarskie wydane w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych mogą być wystawiane na formularzach według wzorów określonych w dotychczas obowiązujących przepisach, do czasu wyczerpania zapasów.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia.

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *J. Fedak*

¹⁾ Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej — zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 216, poz. 1598).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 października 2010 r. (poz. 1270)

Załącznik nr 1

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

ZUS ZLA		POBUDNE		ZASWIADCZENIE LEKARSKIE	
01. PESEL ubezpieczonego		02. Imię pierwsze ubezpieczonego		04. Ubezpieczony w: ¹⁾	
03. Nazwisko ubezpieczonego		06. NIP lub seria i nr paszportu (wpisać serię i nr paszportu tylko gdy nie nadano PESEL i NIP)			
05. Inny numer ²⁾		07. Data urodzenia ubezpieczonego (DD/MM/RRRR) ³⁾			
08. Kod pocztowy		09. Miejscowość			
10. Ulica		11. Numer domu		12. Numer lokalu	
13. Niezdolność do pracy od (DD/MM/RRRR)		14. Niezdolność do pracy do (DD/MM/RRRR)		15. Pobyt w szpitalu ⁵⁾	
16. Numer statystyczny choroby		17. Kod(y) ⁷⁾		16. Wskazania ⁶⁾ lekarskie	
18. Numer statystyczny choroby		19. Kod ⁸⁾ powrotu do pracy		20. Data urodzenia osoby pozostającej pod opieką (DD/MM/RRRR)	
21. NIP płatnika składek (wpisać bez kresek)		22. Data wystawienia dokumentu (DD/MM/RRRR)		23. Data wystawienia dokumentu (DD/MM/RRRR)	
24. Podpis i pieczęć lekarza		25. Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej			

- 1) ZUS - wpisać 1 KRUS - 2 innym w Polsce - 3 innym państwie - 4
- 2) Jeśli NIP - wpisać 1 paszport - 2
- 3) Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL
- 4) Adres pobytu w okresie trwania niezdolności do pracy
- 5) Liczba dni pobytu w szpitalu
- 6) Chory powinien leżeć - wpisać 1 chory może chodzić - 2
- 7) Wpisać odpowiedni kod: A, B, C, D, E
- 8) Jeśli dziecko - wpisać 1 małżonek, rodzice, teściowie, dziadkowie, wnuki, rodzeństwo - 2 inne osoby - 3

ZUS ZLA / K	Seria	Nr	/ K	POUFNE	ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE W WYNIKU KONTROLI LEKARZA ORZECZNIKA ZUS
--------------------	-------	----	------------	--------	--

DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO
DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO
DANE O NIEZDOLNOŚCI DO PRACY
DANE PŁATNIKA

01. PESEL ubezpieczonego	02. Inny numer ¹⁾	03. NIP lub seria i nr paszportu (wpisać serię i nr paszportu tylko gdy nie nadano PESEL i NIP)
04. Imię pierwsze ubezpieczonego		05. Data urodzenia ubezpieczonego ²⁾
06. Nazwisko ubezpieczonego		
07. Kod pocztowy	08. Miejscowość	10. Numer domu
09. Ulica		11. Numer lokalu
12. NIP płatnika składek		
13. Data ustania niezdolności do pracy	14. Kod(y) ³⁾	15. Data wystawienia dokumentu

- 1) Jeśli NIP - wpisać 1 paszport - 2
- 2) Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL
- 3) Wpisać odpowiedni kod: A, B, C, D, E

16. Podpis i pieczęć lekarza orzecznika ZUS	17. Pieczęć terenowej jednostki organizacyjnej ZUS
---	--

W Z Ó R

Pouczenie dla ubezpieczonego:

Zakład Ubezpieczeń Społecznych informuje, że na podstawie art. 59 ust. 7 i 9 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512) niniejsze zaświadczenie lekarskie należy doręczyć pracodawcy.

Równocześnie Zakład informuje, że zaświadczenie lekarskie seria nr wystawione w dniu traci ważność za okres od daty określonej w niniejszym zaświadczeniu.

Informacja dla pracodawcy

Zakład Ubezpieczeń Społecznych informuje, że na podstawie art. 59 ust. 8 ustawy, o której mowa w pouczeniu dla ubezpieczonego, niniejsze zaświadczenie lekarskie jest traktowane na równi z orzeczeniem lekarskim stwierdzającym brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku, wydanym w trybie przewidzianym w art. 229 § 4 Kodeksu pracy.