

**INFORMACJA O MIEJSCACH LECZENIA****Instrukcja wypełniania**

Jeśli wypełnisz ten formularz, będziemy mogli łatwiej pozyskać dokumentację medyczną, niezbędną do wydania orzeczenia w Twojej sprawie.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
3. Podaj swój **adres zamieszkania**

**Dane osoby ubezpieczonej**

Numer PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data urodzenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>dd</b>	<b>/</b>	<b>mm</b>	<b>/</b>	<b>rrrr</b>						
Imię	<input type="text"/>										
Nazwisko	<input type="text"/>										
Ulica	<input type="text"/>										
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>								
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>								
Nazwa państwa	<input type="text"/>										

*Podaj, jeśli adres jest inny niż polski*

**Informacja**

Jestem/ byłem leczony w poniższych placówkach służby zdrowia:

*Podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia, ewentualnie imię i nazwisko lekarza. **Placówka służby zdrowia** to np. przychodnia, szpital, ośrodek zdrowia, poradnia, indywidualna i grupowa praktyka lekarska lub inne podmioty, które udzielają świadczeń zdrowotnych.*

---

Podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia, ewentualnie imię i nazwisko lekarza. **Placówka służby zdrowia** to np. przychodnia, szpital, ośrodek zdrowia, poradnia, indywidualna i grupowa praktyka lekarska lub inne podmioty, które udzielają świadczeń zdrowotnych.

---

Data

dd	/	mm	/	rrrr			

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis