

**741****ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SOCJALNEJ**

z dnia 27 lipca 1999 r.

**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. Nr 60, poz. 636) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub konieczności osobistego sprawowania przez pracownika opieki nad chorym członkiem rodziny, zwane dalej „zaświadcze-

niem lekarskim", wystawia się wyłącznie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny.

2. Przy wystawianiu ubezpieczonemu zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby należy brać pod uwagę stan zdrowia ubezpieczonego, z uwzględnieniem rodzaju i warunków pracy.

§ 2. Zaświadczenie lekarskie wystawia lekarz, lekarz stomatolog, starszy felczer lub felczer prowadzący leczenie, na okres, w którym ubezpieczony ze względu na stan zdrowia powinien powstrzymać się od pracy, jednak nie dłuższy niż do dnia, w którym niezbędne jest przeprowadzenie ponownego badania stanu zdrowia ubezpieczonego.

§ 3. 1. Zaświadczenie lekarskie wystawia się na okres od dnia, w którym przeprowadzono badanie, lub od dnia bezpośrednio następującego po dniu badania.

2. Zaświadczenie lekarskie może być wystawione na okres nie dłuższy niż 3 dni poprzedzające dzień, w którym przeprowadzono badanie, jeżeli jego wyniki wykazują, że ubezpieczony w tym okresie niewątpliwie był niezdolny do pracy.

3. Zaświadczenie lekarskie może być wystawione przez lekarza psychiatrę na okres wcześniejszy niż określony w ust. 2, w razie stwierdzenia lub podejrzenia zaburzeń psychicznych ograniczających zdolność ubezpieczonego do oceny własnego postępowania.

§ 4. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające pobyt ubezpieczonego w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej, zwanym dalej „zakładem”, wystawia się w dniu wypisania ubezpieczonego z tego zakładu. W razie pobytu ubezpieczonego w zakładzie, dłuższego niż 14 dni, zaświadczenie to należy wystawiać co 14 dni w celu umożliwienia wypłaty zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia za czas choroby.

§ 5. 1. Lekarz, lekarz stomatolog, starszy felczer lub felczer jest zobowiązany wystawić zaświadczenie lekarskie na formularzu, według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do rozporządzenia.

2. W razie ubezpieczenia z dwóch lub więcej tytułów lekarz, lekarz stomatolog, starszy felczer lub felczer wystawia, na wniosek ubezpieczonego, odpowiednią liczbę zaświadczeń lekarskich, o których mowa w ust. 1.

3. W razie zagubienia zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w ust. 1, lekarz, który wydał zagubione zaświadczenie, na wniosek ubezpieczonego, sporządza wypis z kopii tego zaświadczenia.

§ 6. 1. Po 30 dniach niezdolności do pracy prowadzący leczenie, przed wystawieniem ubezpieczonemu

zaświadczenia lekarskiego o dalszej niezdolności do pracy, ocenia jednocześnie, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej, a w przypadku stwierdzenia takiej potrzeby — wypełnia wnioski o rehabilitację leczniczą, według wzoru ustalonego w przepisach odrębnych.

2. Nie później niż na 60 dni przed zakończeniem okresu zasiłkowego lekarz, o którym mowa w ust. 1, przeprowadza badanie i ocenia, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia:

- 1) wystąpienie z wnioskiem o przedłużenie okresu wypłaty zasiłku chorobowego na okres nie dłuższy niż 3 miesiące,
- 2) zgłoszenie wniosku o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego,
- 3) zgłoszenie wniosku o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

3. Lekarz prowadzący leczenie powinien poinformować ubezpieczonego, w toku prowadzonego leczenia, o terminie badania określonego w ust. 2.

4. Badanie, o którym mowa w ust. 2, przeprowadza się w domu ubezpieczonego, jeżeli jest on obłożnie chory.

5. Stosownie do wyników oceny, o której mowa w ust. 1, lekarz prowadzący leczenie:

- 1) występuje z wnioskiem o przedłużenie okresu zasiłkowego,
- 2) wystawia zaświadczenie o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego, informując ubezpieczonego o potrzebie niezwłocznego zgłoszenia wniosku o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego lub prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

§ 7. Zaświadczenie lekarskie wydane w wyniku kontroli lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wystawia, po przeprowadzeniu bezpośredniego badania ubezpieczonego, na formularzu, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 8. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 maja 1996 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy (Dz. U. Nr 63, poz. 302 i z 1998 r. Nr 67, poz. 444) w zakresie dotyczącym zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich.

§ 9. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Pracy i Polityki Socjalnej: *L. Komotowski*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. (poz. 741)

Załącznik nr 1

WZÓR

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

ZUS ZLA		Seria	Nr	ORYGINAL	POUFNE DRUK ŚCISLEGO ZARACHOWANIA	ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ	01. PESEL ubezpieczonego			02. Imię pierwsze ubezpieczonego		
	03. Nazwisko ubezpieczonego			04. Ubezpieczony w: <sup>1)</sup>		
DANE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY	05. Inny numer <sup>2)</sup>			06. NIP lub seria i numer dokumentu ubezpieczonego		
	08. Niezdolność do pracy od		09. Niezdolność do pracy do		10. Niezdolność do pracy <sup>3)</sup>	11. Pobyt w szpitalu <sup>4)</sup>
	12. Wskazania <sup>5)</sup> lekarckie	13. Kod(y) <sup>6)</sup>	14. Numer statystyczny choroby	15. Kod <sup>7)</sup> pokrewiństwa osoby pod opieką	16. Data urodzenia osoby pozostającej pod opieką	
	17. Imię pierwsze lekarza					
DANE ZAKŁADU SŁUŻBY ZDROWIA	18. Nazwisko lekarza					
	19. Identyfikator lekarza		20. Data wystawienia dokumentu		21. NIP Zakładu Opieki Zdrowotnej	
	22. NIP płatnika (wpisać bez kresek)		23. Nazwa skrócona / nazwisko i imię płatnika			
DANE PŁATNIKA	24. Kod pocztowy		25. Miejscowość			
	26. Ulica			27. Numer domu		28. Numer lokalu
DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO	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 leżeć - 1 chory może chodzić - 2
- 6) Wpisać odpowiedni kod: A, B, C, D, E
- 7) Jeśli dziecko - 1 małżonek, rodzice, teściowie, dziadkowie, wnuk, rodzeństwo - 2 inne osoby - 3

(Kolor: PANTONE nr 171)

## WZÓR

ZUS ZLA / K		Serial	Nr	/ K	POUFNE	ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE W WYNIKU KONTROLI LEKARZA ORZECZNIKA ZUS	
01. PESEL ubezpieczonego		02. Inny numer <sup>1)</sup>		03. NIP lub seria i numer dokumentu ubezpieczonego			
04. Imię pierwsze ubezpieczonego		05. Data urodzenia ubezpieczonego					
06. Nazwisko ubezpieczonego							
07. Kod pocztowy		08. Miejscowość			10. Numer domu		
09. Ulica		11. Numer lokalu					
12. Nazwa skrócona / nazwisko i imię płatnika							
13. NIP płatnika							
14. Data ustania niezdolności do pracy		15. Kod(zy) <sup>2)</sup>		16. Wykazania <sup>3)</sup> lekarskie		17. Data wystawienia dokumentu	
17. Podpis i pieczęć lekarza orzecznika ZUS				18. Pieczęć terenowej jednostki organizacyjnej ZUS			

1) Jeśli NIP, wpisać - 1 dowód osobisty - 2 paszport - 3  
 2) Wpisać odpowiedni kod: A, B, C, D, E  
 3) Chory powinien leżeć - 1 chory może chodzić - 2

**Pouczenie dla ubezpieczonego:**

Zakład Ubezpieczeń Społecznych informuje, że na podstawie art. 59 ust. 7 i 9 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. Nr 60, poz. 636) niniejsze zaświadczenie lekarskie należy doręczyć pracodawcy.

Równocześnie Zakład informuje, że zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy 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 zaświadczeniem stwierdzającym brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku, wydanym w trybie przewidzianym w art. 229 § 4 Kodeksu pracy.