

....., dnia
(miejscowość) (data)

OPINIA LEKARSKA

Niniejszym stwierdzam, że

pracownik
(imię i nazwisko)

data i miejsce urodzenia

PESEL:, NIP

w dniu uległ wypadkowi*):
(data wypadku)

1. ☐ lekkiemu, powodującemu czasową niezdolność do pracy

(w przypadku zaznaczenia punktu 1, w tym miejscu zakończyć wypełnianie formularza)

lub

2. ☐ ciężkiemu, ponieważ**):

w wyniku wypadku nastąpiło ciężkie uszkodzenie ciała, takie jak:

- utrata wzroku
- utrata słuchu
- utrata mowy
- utrata zdolności rozrodczej
- inne uszkodzenie ciała albo rozstrój zdrowia, naruszające podstawowe funkcje organizmu
- trwała choroba psychiczna
- trwała niezdolność do pracy w zawodzie
- całkowita niezdolność do pracy w zawodzie
- częściowa niezdolność do pracy w zawodzie
- trwałe istotne zeszpecenie ciała
- trwałe istotne zniekształcenie ciała

.....
pieczęć i podpis lekarza

*) zaznaczyć właściwe

**) niepotrzebne skreślić