

Please choose your language:

Komisja Administracyjna ds.
Koordynacji Systemów
Zabezpieczenia Społecznego



Podstawowe orzeczenie lekarskie

rozporządzenie (WE) nr 883/2004 rozporządzenie (WE) nr 987/2009

1 Informacje dotyczące badanej osoby

1.1 Osobisty numer identyfikacyjny (wymagany przez włoskie instytucje)	<input type="text"/>
1.2 Nazwisko (nazwiska)*	<input type="text"/>
1.3 Imię (imiona)*	<input type="text"/>
1.4 Data urodzenia*	<input type="text"/>
1.5 Data zgonu	<input type="text"/>
1.6 Płeć*	<input type="radio"/> Mężczyzna <input type="radio"/> Kobieta
1.7 Obecnie wykonywany zawód/ostatnie miejsce pracy według oświadczenia badanej osoby*	<input type="text"/>
1.8 Liczba godzin w tygodniu, w których badana osoba pracuje/pracowała*	<input type="text"/>

2 Informacje dotyczące lekarza przeprowadzającego badanie

2.1 Numer identyfikacyjny	<input type="text"/>
2.2 Nazwisko*	<input type="text"/>
2.3 Imię (imiona)*	<input type="text"/>
2.4 Adres gabinetu lekarskiego	<input type="text"/>
2.4.1 Ulica*	<input type="text"/>
2.4.2 Miejscowość*	<input type="text"/>
2.4.3 Kod pocztowy*	<input type="text"/>
2.4.4 Region (wymagany przez włoskie instytucje)	<input type="text"/>
2.4.5 Państwo*	<input type="text"/>
2.5 Specjalność badającego lekarza (podać podstawowe kompetencje medyczne)*	<input type="text"/>
2.6 Czy badający leczy obecnie badaną osobę?*	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
2.7 Nr telefonu lekarza	<input type="text"/>

2.8 Adres e-mail lekarza

3 Opinia badającego

3.1 Jest to przypadek spowodowany*

- wypadkiem przy pracy (prawdopodobnie)
- chorobą zawodową (prawdopodobnie)
- wypadkiem (prawdopodobnie)
- chorobą
- ciążą

3.2 Opinia na podstawie bezpośredniego badania w dniu

3.3 Opinia na podstawie następujących orzeczeń

	Data dokumentacji medycznej	Specjalność lekarza	Czy dokumentacja jest dołączona?
<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -			

4 Orzeczenie ogólne

4.1 Diagnoza*

Łącze do ICD-10

	Diagnoza	lewa strona / prawa strona (w stosownych przypadkach)	kod diagnozy	kod ICD-10
<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -				

4.2 Pozostałe obserwacje

4.3 Obecne główne dolegliwości*

4.4 Historia zdrowia

4.5 Badanie kliniczne*

4.6 Przeprowadzono szczegółowe badania*

- Tak
 Nie
 Brak danych

5 Podsumowanie

5.1 Badana osoba jest*

- zdolna do pracy
- niezdolna do pracy
- częściowo zdolna do pracy.

od dnia*

5.2 Czy badana osoba może wykonywać swoją obecną pracę?*

- Tak
- Nie
- Brak danych

5.3 Określić rodzaj pomocy, rehabilitacji, aktywizacji lub innych środków mających pomóc w powrocie do pracy albo które mogłyby doprowadzić do poprawy zdolności do pracy (w stosownych przypadkach)

5.4 Dalsze / ciągłe zabiegi są przewidziane / są konieczne*

- Tak
- Nie
- Nie wiadomo

5.5 Badana osoba zostanie poddana dalszemu badaniu lekarskiemu*

- Tak
- Nie
- Brak danych

6 Zakończenie orzeczenia lekarskiego

Podpisano dnia (DD/MM/RRRR)*

Podpis lekarza

Aby zapisać niekompletne orzeczenie, które zostanie ukończone w późniejszym terminie, proszę kliknąć na "Zapisz jako wersję roboczą".

Zapisz jako wersję roboczą

Uwaga! Dopiero po uzupełnieniu wszystkich wymaganych informacji medycznych należy wybrać opcję "Zakończ i zamknij orzeczenie". Opcja "Zakończ i zamknij orzeczenie" zamyka proces wprowadzania danych i nie można już będzie w orzeczeniu wprowadzać zmian ani usuwać danych.

Zakończ i zamknij orzeczenie

Please choose your language:

Komisja Administracyjna ds.
Koordynacji Systemów
Zabezpieczenia Społecznego



Szczegółowy formularz opinii lekarskiej

Rozporządzenie (WE) nr 987/09, art. 87

1. Informacje dotyczące osoby badanej

1.1 Osobisty numer identyfikacyjny	<input type="text"/>
1.2 Nazwisko (nazwiska)	<input type="text"/>
1.3 Imię (imiona)	<input type="text"/>
1.4 Data urodzenia	<input type="text"/>
1.5 Data zgonu	<input type="text"/>
1.6 Płeć	
<input type="radio"/> Mężczyzna	
<input type="radio"/> Kobieta	

2. Informacje ogólne

2.1 Informacje dotyczące lekarza przeprowadzającego badanie

2.1.1 Nazwisko(-a)	<input type="text"/>
2.1.2 Imię (imiona)	<input type="text"/>
2.1.3 Adres	
2.1.3.1 Ulica	<input type="text"/>
2.1.3.2 Miejscowość	<input type="text"/>
2.1.3.3 Kod pocztowy	<input type="text"/>
2.1.3.4 Region	<input type="text"/>
2.1.3.5 Państwo	<input type="text"/>
2.1.4 Czy badający jest lekarzem leczącym?	
<input type="radio"/> Tak	
<input type="radio"/> Nie	
2.1.5 Specjalność lekarza przeprowadzającego badanie	<input type="text"/>
2.1.6 Nr telefonu lekarza	<input type="text"/>
2.1.7 Adres e-mail lekarza	<input type="text"/>

2.2 Raport sporządzono na podstawie

2.2.1 Badania bezpośredniego w dniu

2.2.2 Dokumentacji medycznej

#	Data dokumentacji medycznej	Specjalność lekarza	Czy dokumentacja jest dołączona?
<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -			<input type="text"/>

2.3 Kwalifikacje zawodowe i zatrudnienie

2.3.1 Rodzaj ostatnio oraz wcześniej wykonywanej pracy według oświadczenia osoby badanej (w miarę możliwości podać najdłuższe okresy)

#	Praca	Od	Do
<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -			

2.3.2 Wykształcenie/Szkolenia

#	Wykształcenie i szkolenia odbyte przez osobę badaną
<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	

2.3.3 Czy badana osoba nadal pracuje?

- Tak
 Nie
 Nie wiadomo

2.3.4 Orzeczenie o niezdolności do pracy od

2.3.5 Zakończenie pracy w dniu

2.3.6 Powód rozwiązania stosunku pracy

3. Historia choroby badanej osoby i dane o aktualnym stanie zdrowia

3.1 Choroba powodująca ograniczenie zdolności do pracy

Łączy do ICD-10

#	Rozpoznanie	Prawa strona/ lewa strona (w uzasadnionych przypadkach)	Kod ICD-10
<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		<input type="text"/>	

3.2 Historia choroby

3.2.1 Aktualne
dolegliwości

3.2.2 Lekarze, którzy
obecnie leczą badaną
osobę (specjalizacje)

3.2.3 Aktualnie
przyjmowane leki (nazwy
generyczne i
dawkowanie)

3.2.4 Przebyte choroby/
operacje

3.2.5 Data ostatniego badania specjalistycznego

3.3 Wypadki przy pracy/choroby zawodowe

3.3.1 Czy upośledzenie funkcji organizmu było/ jest następstwem wypadku?

- Nie
- Tak
- Brak informacji

3.3.2 Czy upośledzenie funkcji organizmu było/jest następstwem choroby zawodowej?

- Nie
- Tak
- Brak informacji

4. Czynności i prace wykonywane przez badaną osobę

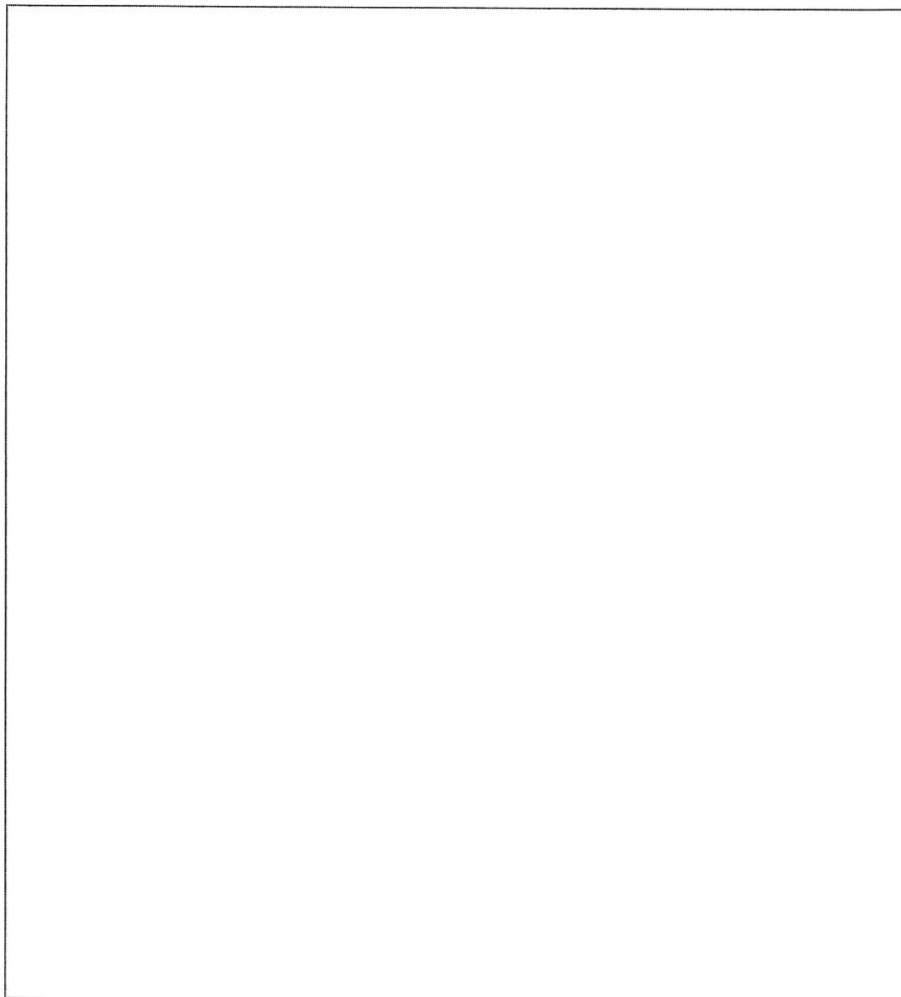
Podstawowe codzienne czynności (ADL)

- Wstawanie / Kładzenie się do łóżka / Sen w ciągu dnia
- Kąpiel i branie prysznica
- Ubieranie się
- Samodzielne przyjmowanie pokarmów (jedzenie)
- Poruszanie się (przemieszczanie się z jednego miejsca na drugie przy wykonywaniu czynności)
- Higiena osobista i dbanie o wygląd
- Higiena przy korzystaniu z toalety

Inne codzienne czynności

- Prace domowe
- Zażywanie przepisanych leków
- Gospodarowanie pieniędzmi
- Zakupy
- Przygotowywanie posiłków
- Korzystanie z telefonu i innych form komunikowania się
- Korzystanie z technologii (internet, telewizja)
- Korzystanie z transportu publicznego
- Uprawianie hobby

4.1.1 Proszę podać harmonogram codziennych czynności wykonywanych przez badaną osobę w domu i w pracy z wykorzystaniem podanych powyżej przykładów



4.1.2 Czy zmiana w wykonywaniu codziennych czynności spowodowana jest upośledzeniem funkcji organizmu?

Tak

Nie

4.2 Stała lub długotrwała opieka

4.2.1 Czy badana osoba wymaga stałej lub długotrwałej opieki innych osób?

- Tak
 Nie
 Nie wiadomo

4.3 Czy nastąpiła utrata sprawności w zakresie następujących funkcji (ograniczenia czasowe w ich wykonywaniu)

4.3.1 Podstawowe funkcje ruchowe

Nie dla wszystkich

4.3.1.1 Siedzenie Nie Tak Nie wiadomo

4.3.1.2 Stanie Nie Tak Nie wiadomo

4.3.1.3 Chodzenie Nie Tak Nie wiadomo

4.3.1.4 Klękanie/czołganie się się/
kucanie Nie Tak Nie wiadomo

4.3.2 Plecy

Nie dla wszystkich

4.3.2.1 Praca w pozycji pochylonej Nie Tak Nie wiadomo

4.3.2.2 Częste schylanie się lub skręcanie
tułowia Nie Tak Nie wiadomo

4.3.3 Ramiona

Nie dla wszystkich

Wyciąganie ramion Nie Tak Nie wiadomo

Unoszenie ramion Nie Tak Nie wiadomo

4.3.4 Dłonie

Nie dla wszystkich

Używanie rąk, poługiwanie się palcami
rąk Nie Tak Nie wiadomo

Wykonywanie ruchów precyzyjnych Nie Tak Nie wiadomo

Wykonywanie powtarzalnych ruchów Nie Tak Nie wiadomo

Używanie siły rąk Nie Tak Nie wiadomo

Ręka dominująca Lewa Prawa Brak informacji

5. Główne ustalenia dotyczące funkcji i budowy ciała oraz stanu psychicznego

5.1 Stan ogólny

5.1.1 Wzrost cm

5.1.2 Masa..... kg

5.1.3 Wskaźnik masy ciała (BMI)

5.2 Zaburzenia lub utrata sprawności

Nie dla wszystkich

- | | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| Widzenie | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak | |
| Ostrość wzroku do blizy | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak | |
| Inne problemy z widzeniem | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak | |
| Ostrość wzroku | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie wiadomo |
| Słuch | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak | |
| Zmiany organiczne utrudniające komunikowanie się | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak | |
| Zaburzenia psychiczne utrudniające komunikowanie się | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak | |
| Ruchy (siła i napięcie) | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak | |
| Chód | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak | |
| Zmiana pozycji | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak | |
| Napięcie mięśniowe (tonus) | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak | |
| Siła mięśni | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak | |
| Odruchy | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak | |

Uwagi dodatkowe

5.3 Stan psychiczny - opisz upośledzenie sprawności organizmu w następującym zakresie

Nie dla wszystkich

- | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Choroba psychiczna | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak |
| Znaczące zaburzenia osobowości | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak |
| Trudności w uczeniu się (w uzasadnionych przypadkach podać IQ) | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak |
| Nadużywanie alkoholu lub innych substancji | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak |
| Zmiany chorobowe lub pourazowe mózgu | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak |
| Zaburzenia pamięci | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak |
| Zaburzenia koncentracji | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak |
| Inne zaburzenia psychiczne, poznawcze lub intelektualne. | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak |

Uwagi dodatkowe

Czy osoba badana przyjmuje doustnie lub w formie depot leki neuroleptyczne lub zmieniające nastrój? Nie Tak

Czy osoba badana wymaga stałej opieki lub nadzoru z wyżej wymienionych powodów? Nie Tak

Czy osoba badana uczęszcza do dziennego ośrodka opieki (gdzie jest dostępna stała opieka wykwalifikowanej pielęgniarki) przynajmniej raz w tygodniu? Nie Tak

Jak często jest badana przez psychiatrę?

5.4 Badania dodatkowe

Nie dla wszystkich

- | | | |
|--|---------------------------|--|
| Spirometria | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak - zob. załącznik |
| EKG (spoczynkowe / wysiłkowe) | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak - zob. załącznik |
| USG metodą Dopplera | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak - zob. załącznik |
| USG | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak - zob. załącznik |
| Badanie rentgenowskie | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak - zob. załącznik |
| MRI i inne badania obrazowe | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak - zob. załącznik |
| Wyniki badań laboratoryjnych | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak - zob. załącznik |
| Pomiar narządu ruchu (metoda odniesienia do pozycji '0') | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak - zob. załącznik |
| Inne badania | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Tak - zob. załącznik |

Opis

6. Wnioski dotyczące stanu zdrowia osoby badanej

6.1 Przebieg choroby

6.2 Opis naruszenia sprawności:

6.3 W porównaniu z poprzednim badaniem

- Poprawa
- Pogorszenie
- Bez zmian
- Nie da się ustalić

6.4 Data poprzedniego badania

7. Wnioski dotyczące zdolności do pracy

7.1 Zdolność do pracy

Badana osoba może nadal systematycznie wykonywać następujące rodzaje pracy (podać jak najwięcej opcji)

- Praca ciężka
- Praca średnio ciężka
- Praca lekka
- Z wyłączeniem prac fizycznych
- Prace wymienione poniżej
- Żadna praca

Badana osoba jest zdolna do pracy w warunkach dostosowanych do upośledzenia funkcji organizmu

- Nie
- Tak

7.2 Czy badana osoba może pracować w narażeniu na podane niżej czynniki?

		Nie dla wszystkich
Nagle zmiany temperatury	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Stałą wysoką wilgotność (> 90 %)	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Stałą niską wilgotność (< 35 %)	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Stałe zmiany klimatu	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Mokre środowisko	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Wilgoć	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Wysokie temperatury	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Niskie temperatury	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Hałas	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Dym, gazy i opary	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Częste schylanie się, podnoszenie, noszenie przedmiotów	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Wchodzenie na rusztowania, drabiny lub schody	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Niebezpieczeństwo upadku	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Praca zmianowa	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Praca na nocnej zmianie	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Zmiany ciśnienia atmosferycznego (samolot)	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie

Uwagi dodatkowe

7.3 Czy osoba badana może wykonywać pracę

- Głównie w pomieszczeniu Nie Tak
- Z częstą zmianą pozycji ciała Nie Tak
- Pod presją Dużą Niewielką
- Średnią Bez presji
- Bez specjalnych wymagań odnośnie widzenia Nie Tak
- Bez specjalnych wymagań odnośnie słuchu Nie Tak
- Bez specjalnych wymagań odnośnie posługiwania się rękami Nie Tak
- Przy monitorze Nie Tak
- Tylko ze wsparciem innej osoby Nie Tak
- W narażeniu na substancje uczulające lub alergenów oraz przy wyborze opcji nie powinno być pole tekstowe do wpisania rodzaju substancji uczulających i alergenów? Nie Tak
- Zdolność do obecnej albo ostatnio wykonywanej pracy: Badana osoba jest w stanie regularnie pracować w następującym wymiarze czasu w ciągu dnia roboczego w tygodniu roboczym (maksymalny wymiar czasu pracy)
- Nie jest w stanie pracować
- Do 2 godzin
- Do 4 godzin
- Do 6 godzin
- Do 8 godzin
- W innym wymiarze czasu
- Zdolność do innych ewentualnych prac / zajęć: Badana osoba jest w stanie regularnie pracować w następującym wymiarze czasu w ciągu dnia roboczego w tygodniu roboczym (maksymalny wymiar czasu)
- Nie jest w stanie pracować
- Do 2 godzin
- Do 4 godzin
- Do 6 godzin
- Do 8 godzin
- W innym wymiarze czasu

7.4 Podaj

Czy badana osoba jest zdolna:

przejąć co najmniej 500 m w czasie do 20 minut cztery razy dziennie? Nie Tak

korzystać z transportu publicznego w godzinach szczytu? Nie Tak

W jaki sposób badana osoba dotarła na badanie?

Czy badana osoba jest zdolna podróżować sama? Nie Tak

Czy badana osoba jest zdolna do podróżowania:

Samochodem Nie Tak

Autobusem Nie Tak

Pociągiem Nie Tak

Samolotem Nie Tak

7.5 Ocena zdolności do pracy

Zdolność do pracy jest ograniczona od

Zdolność do pracy może się poprawić

Tak

Nie

Nie można stwierdzić

Zalecany termin następnego badania

8. Informacje końcowe

Data

Podpis lekarza

Aby zapisać nieukończoną opinię (do której wrócisz w terminie późniejszym) zaznacz „Zapisz jako wersję roboczą”.

Zapisz jako wersję roboczą

Uwaga! Przycisk 'Zakończ i zamknij Raport' może być użyty tylko raz, kiedy opinia jest wypełniona w całości. Opcja „Zakończ i zamknij Raport” zamyka możliwość wprowadzania danych, wprowadzania zmian lub usuwania danych.

Zakończ i zamknij Raport