

**ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH/
KASA ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO /**

Oddział/

OPINIA LEKARSKA/

A. Dane osobowe/

Imię i nazwisko/

Data urodzenia/ (YYYY/MM/DD).....Adres/

B. Tożsamość ustalono na podstawie: dowodu osobistego/paszportu seria nr.....

/

C. 1. Wywiad lekarski (zgłaszane dolegliwości, przebieg choroby i stosowane leczenie, poprzednio przebyte choroby, wypadki, operacje i inne; stwierdzana niepełnosprawność i choroby istniejące przed podjęciem pracy zarobkowej, wywiad rodzinny, nałogi)

(, , , , , ,)

2. Wywiad zawodowy/

D. Wyniki badania przedmiotowego/

Wzrost/ Waga/ kg RR/ mmHg Tętno//min.

Wygląd ogólny/ : zdrowy/ chorowity/

Budowa ciała/ : prawidłowa/ nieprawidłowa/

Postawa/ : prawidłowa/ nieprawidłowa/

Chód/ : sprawny/ utrudniony/

Ruchy/ : swobodne/ powolne/ niedołączne/

inne nieprawidłowości/

Skóra/ : niezmięcona/ zmieniona/

Tkanka podskórna/ : rozwinięta prawidłowo/ nadmiernie/

skąpo/ w zaniku/

Blony śluzowe/ : niezmięcone/ blade/ zaczerwienione/

sine/ inne zmiany/

Węzły chłonne/ : niepowiększone/ powiększone/

Proszę zaznaczyć krzyżykiem odpowiedź w kratkach występujących w formularzu/

Umięśnienie/ : dobre/ średnie/ słabe/ zaniki mięśniowe/ **Obrzęki/ :**

tak/ nie/

Duszność/ : tak/ nie/

Kaszel/ : tak/ nie/

Głowa/ : prawidłowa/ odchylenia od stanu prawidłowego/

Szyja/ : prawidłowa/ odchylenia od stanu prawidłowego/

Klatka piersiowa/ : prawidłowa/ odchylenia od stanu prawidłowego/

Układ oddechowy/ : prawidłowy/ odchylenia od stanu prawidłowego/

Serce, układ krążenia/ : prawidłowe/ odchylenia od stanu prawidłowego/

Załącznik do wniosku o polskie świadczenia z tytułu niezdolności do pracy

Naczynia obwodowe/ : prawidłowe/ odchylenia od stanu prawidłowego/
/
Narządy jamy brzusznej/ : prawidłowe/ odchylenia od stanu prawidłowego/
/
Układ moczowo-płciowy/ : prawidłowy/ odchylenia od stanu prawidłowego/
/
Układ ruchu/ : prawidłowy/ odchylenia od stanu prawidłowego/
/
Wzrok/ : w granicach normy/ odchylenia od stanu prawidłowego/
/
Słuch/ : w granicach normy/ odchylenia od stanu prawidłowego/
/
Układ nerwowy/ : w granicach normy/ odchylenia od stanu prawidłowego/
/
Stan psychiczny/ : prawidłowy/ odchylenia od stanu prawidłowego/
/
Opis stwierdzanych odchyłeń od stanu prawidłowego/ :

Wyniki badań dodatkowych i inna dokumentacja/ ()

E. 1. Czy ubezpieczony(a) wymaga stałej bądź długotrwałej opieki innych osób/ ?
nie/ tak w zakresie/ , :
 poruszania się w mieszkaniu/ ; przyjmowania pokarmów/ ; utrzymywania higieny osobistej// ; załatwiania
potrzeb fizjologicznych/ ; załatwiania potrzeb życiowych poza domem/

2. Czy stan psychiczny ubezpieczonego stwarza konieczność stałej lub długotrwałej opieki innych osób/
?

nie/ tak ze względu/ ,

F. Rozpoznanie (choroba podstawowa, choroby współistniejące)/ (,)

Załącznik do wniosku o polskie świadczenia z tytułu niezdolności do pracy

Numery statystyczne chorób (zaleca się zastosowanie kodu ICD)/ (ICD)

□□□□ □□□□ □□□□

G. Podsumowanie/
(charakter i przebieg procesów chorobowych oraz ich wpływ na stan czynnościowy organizmu)/()
)

.....
data /
(DDMMRRRR /)

.....
podpis i pieczęć lekarza/

1. Informacja dla osoby składającej wniosek o polskie świadczenia z tytułu niezdolności do pracy:

Formularz ten należy przedłożyć do wypełnienia lekarzowi, pod którego opieką Pani/ Pan się znajduje.

Jeśli posiada Pani/ Pan dokumentację medyczną z przebiegu leczenia (np. wyniki badań dodatkowych, wypisy lub odpisy historii choroby wydane przez szpital, itp.) prosimy o dołączenie kopii tej dokumentacji do wniosku o świadczenie. Dokumentacja ta będzie wykorzystana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych/ Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wyłącznie dla potrzeb postępowania związanego z ustaleniem prawa do świadczeń, o które Pani/ Pan się ubiega.

2. Informacja dla lekarza sporządzającego opinię lekarską:

Formularz ten należy wypełnić drukowanymi literami lub pismem maszynowym; jeśli jest to możliwe – w języku angielskim.

1. _____ :

(, ,)

2. _____ :

;