

E 213

(1)

**SZCZEGÓŁOWY RAPORT LEKARSKI**

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 39–41; art. 43a; art. 87

1.1	Instytucja, do której adresowany jest raport
1.1.1	Nazwa: .....
1.1.2	Adres (2): .....
1.1.3	Sygnatura sprawy: .....

1.2	Osoba badana
1.2.1	Nazwisko (3): .....
1.2.2	Imię (imiona): .....
	Poprzednie imiona i nazwiska (3): .....
	Miejsce urodzenia (4): .....
1.2.3	Data urodzenia: .....
	Płeć: .....
	Obywatelstwo: .....
	D.N.I. (5): .....
1.2.4	Adres (2): .....
1.2.5	Ostatnio wykonywany zawód (6): .....
1.2.6	Numer ubezpieczenia: .....
1.2.7	Numer emerytury/renty: .....
1.2.8	Numer akt: .....
1.2.9	Data złożenia wniosku o przyznanie emerytury/renty: .....
1.2.10	Data złożenia wniosku z powodu pogorszenia stanu zdrowia: .....

1.3	Lekarz, który sporządził raport
1.3.1	Nazwisko: .....
	Imię (imiona): .....
1.3.2	Adres (2): .....
1.3.3	Lekarz przeprowadzający badanie (7): .....

1.4	Instytucja, która zleciła wykonanie badania		
1.4.1	Nazwa: .....		
1.4.2	Adres (2): .....		
1.4.3	Znak sprawy: .....		
1.4.4	Pieczęć	1.4.5	Data: .....
		1.4.6	Podpis: .....

1

Nazwisko, imiona: ..... Data: .....

- 2.1 Opinia na podstawie bezpośredniego badania (w dniu): .....
- 2.2 Opinia na podstawie dokumentacji medycznej (z dnia): .....

3. Wywiad lekarski

- 3.1 Przebieg choroby: .....
- 3.2 Obecne główne dolegliwości: .....
- 3.2.1 Lekarz, który obecnie leczy pacjenta: .....
- 3.3 Aktualne leczenie: .....
- 3.4 Przebieg ubezpieczenia i zatrudnienia <sup>(6)</sup>: .....
- 3.4.1 Czy ubezpieczony prowadzi obecnie działalność zarobkową?
- Tak  Nie  Liczba godzin pracy: .....
- Rodzaj działalności zarobkowej: .....
- 3.4.2 Wypadki przy pracy / choroby zawodowe: .....
- 3.4.3 Typ ostatniego zatrudnienia: .....
- 3.4.4 Niezdolny(-a) do pracy  od .....
- Zakończenie  w dniu .....

4. Wyniki badania przedmiotowego

- 4.1 Stan ogólny
- Wzrost ..... cm Waga ..... kg
- Odżywienie:  prawidłowe  nadwaga  niedobór wagi
- Błony śluzowe: .....
- Skóra: .....
- Stan psychiczny, nastrój: .....
- Uwagi: .....
- 4.2 Głowa: .....
- 4.2.1 Wzrok: .....
- 4.2.2 Słuch: .....
- 4.2.3 Pozostałe narządy zmysłów: .....
- 4.3 Szyja (zmiany zewnętrzne): .....
- 4.3.1 Tarczyca: .....
- 4.3.2 Węzły chłonne: .....
- 4.3.3 Inne: .....
- 4.4 Układ oddechowy: .....
- 4.5 Układ krążenia: .....
- 4.5.1 Serce: .....
- 4.5.2 Tętno: .....
- 4.5.3 Ciśnienie krwi (w stanie spoczynku): .....
- 4.5.4 Ciśnienie krwi (drugi pomiar): .....
- 4.5.5 Obwodowe naczynia krwionośne: .....
- 4.5.6 Obrzęki: .....
- 4.5.7 EKG (spoczynkowe): .....

Nazwisko, imiona: ..... Data .....

4.6 Narządy jamy brzusznej: .....

4.6.1 Przewód pokarmowy: .....

4.6.2 Wątroba: .....

4.6.3 Śledziona: .....

4.6.4 Układ hormonalny: .....

4.7 Układ moczowo-płciowy: .....  
(Patrz: str. 4 — Diagramy)

4.8 Układ ruchu (w razie potrzeby posłużyć się metodą odniesienia do pozycji „0”, str. 4): .....

4.8.1 Kręgosłup: .....

4.8.2 Kończyny górne: .....

4.8.3 Kończyny dolne: .....

4.9 Węzły chłonne: .....

4.10 Badanie neurologiczne  
Ruch (siła i napięcie) <sup>(8)</sup>:  
 prawidłowy       usztywniony       spowolniony       słaby  
 Chód:  
 prawidłowy       utrudniony       utykający na prawą nogę       utykający na lewą nogę  
 Odruchy: .....

4.11 Objawy psychosomatyczne lub objawy fizyczne mające podłoże psychologiczne: .....

4.12 Inne (alergie itp.): .....

5. Wyniki badań pomocniczych (jeśli są niezbędne)

5.1 Spirometria: .....

5.2 EKG (spoczynkowe / wysiłkowe): .....

5.3 Ultrasonografia metodą Dopplera (serce i naczynia krwionośne): .....

5.4 Badania metodą obrazową (należy podać datę): .....

5.4.1 Wyniki aktualnego badania rentgenowskiego: .....

5.4.2 Wyniki wcześniejszych badań rentgenowskich: .....

5.4.3 Ultrasonografia (jamy brzusznej i inne): .....

5.4.4 MRI i badania specjalistyczne: .....

5.5 Wyniki badań laboratoryjnych: .....

5.6 Inne badania: .....

6. Dodatkowa strona na wyniki badań specjalistycznych, pomocniczych, konsultacji (wypełnia się jedynie w razie potrzeby).

7. Rozpoznanie:

(zaleca się stosowanie kodu ICD)


E 213

DIAGRAMY



Nazwisko, imiona: ..... Data: .....

8. Podsumowanie:

Przebieg choroby: .....

Uszczerbek na zdrowiu: .....

Naruszenie sprawności:

W porównaniu z poprzednim badaniem (z dnia .....), zaobserwowano:

poprawę                       pogorszenie                       bez zmian

9. Osoba ubezpieczona może nadal systematycznie wykonywać pracę:

ciężką

średnio ciężką

lekką

10. Należy uwzględnić następujące ograniczenia

10.1 Osoba ubezpieczona może wykonywać pracę w warunkach wykluczających:

<input type="checkbox"/> wilgoć	<input type="checkbox"/> zimno
<input type="checkbox"/> gorąco	<input type="checkbox"/> hałas
<input type="checkbox"/> dym, pyły i gazy	
<input type="checkbox"/> pracę zmianową	<input type="checkbox"/> pracę na nocnej zmianie
<input type="checkbox"/> częste schylenie się, podnoszenie, noszenie przedmiotów	
<input type="checkbox"/> wchodzenie na pochylnie, drabiny lub schody	<input type="checkbox"/> niebezpieczeństwo upadku

10.2 Osoba ubezpieczona może wykonywać pracę wyłącznie w następujących warunkach:

<input type="checkbox"/> wyłącznie w pozycji siedzącej	<input type="checkbox"/> z dodatkowymi przerwami
<input type="checkbox"/> wyłącznie w pomieszczeniach	(poza zwykłymi przerwami)
	ilość i czas trwania przerw .....
<input type="checkbox"/> praca ze zmianą pozycji ciała	<input type="checkbox"/> chodzeniem, staniem i siedzeniem
<input type="checkbox"/> wyłącznie praca bez pośpiechu	

10.3 Wydajność pracy jest ograniczona z uwagi na upośledzenie czynności narządów zmysłów, sprawności rąk, itp .....  
ma alergię na .....

11. Pytania dodatkowe

11.1 Czy ubezpieczony może pracować przy monitorze obrazowym?

Tak                       Nie

Jeśli „Nie”, należy podać przyczynę: .....

11.2 Czy ubezpieczony może pracować bez pomocy innej osoby w miejscu pracy?

Tak                       Nie

11.3 Czy ubezpieczony może pracować bez pomocy innej osoby w domu?

Jeśli „Nie”, należy podać przyczynę: .....

Tak                       Nie

Jeśli „Nie”, należy podać przyczynę: .....

Nazwisko, imiona: ..... Data: .....

11.4 Czy ubezpieczony może pracować w pełnym wymiarze godzin w ostatnio wykonywanym zawodzie jako .....

Tak  Nie

Jeśli „Nie”, należy oznaczyć maksymalny czas pracy (w godzinach lub jako odsetek dnia roboczego): .....

11.5 Czy ubezpieczony może wykonywać prace w warunkach przystosowanych do niepełnosprawności?

Tak  Nie

Jeśli „Tak”, należy podać kilka rodzajów pracy w warunkach przystosowanych do niepełnosprawności.

11.6 Czy ubezpieczony może wykonywać prace w warunkach przystosowanych do niepełnosprawności w pełnym wymiarze godzin?

Tak  Nie

Jeśli „Nie”, należy oznaczyć maksymalny czas pracy (w godzinach lub jako odsetek dnia roboczego): .....

11.7 Niezdolność do ostatnio wykonywanej pracy, zgodnie z ustawodawstwem państwa stałego zamieszkania, jest

całkowita  częściowa

Jeżeli częściowa, należy określić stopień: .....

(Nie ma zastosowania w Niemczech, Niderlandach i w Polsce)

11.8 Stopień niezdolności do innej pracy i stopień niepełnosprawności zainteresowanej osoby zgodnie z ustawodawstwem państwa stałego zamieszkania.

(Nie ma zastosowania w Niemczech, Irlandii, Luksemburgu i Niderlandach)

11.9 Grupa inwalidzka lub stopień niezdolności do pracy zainteresowanej osoby zgodnie z ustawodawstwem państwa stałego zamieszkania: .....

(Wypełnia się jedynie wówczas, kiedy badanie lekarskie zostało wykonane w związku z decyzją o przyznaniu renty inwalidzkiej / renty z tytułu niezdolności do pracy)

(Nie ma zastosowania w Niemczech i Niderlandach)

istnieją stale od .....

są okresowe od ..... do .....

11.11 Czy istnieje możliwość poprawy obecnego stanu zdrowia?

Tak  Nie  Brak możliwości

Jeśli „Tak”, jakie środki należy zastosować: .....

11.12 Czy istnieje możliwość odzyskania zdolności do pracy po przeprowadzeniu

rehabilitacji leczniczej

przekwalifikowania zawodowego

Tak  Nie  Brak możliwości

12. Czy w przyszłości będzie konieczne wykonanie ponownego badania?

Tak  Nie

Jeśli „Tak”, jakie należy określić termin: .....

Pieczętka Data: .....

Podpis lekarza

.....

## POUCZENIE

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami lub pismem maszynowym.  
Formularz składa się z 12 stron, z których żadnej nie można pominąć, nawet jeśli nie zawiera stosownych informacji.

## UWAGI

- (<sup>1</sup>) Symbol państwa, do którego należy instytucja wypełniająca formularz: BE = Belgia; CZ = Republika Czeska; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SL = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Liechtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (<sup>2</sup>) Ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość, państwo, numer telefonu.
- (<sup>3</sup>) W przypadku obywateli Hiszpanii należy podać obydwa nazwiska rodowe.  
W przypadku obywateli Portugalii należy podać pełne dane (imiona, nazwisko, nazwisko panieńskie) w kolejności określonej przez stan cywilny, w jakiej występują w dokumencie tożsamości lub w paszporcie.
- (<sup>4</sup>) W przypadku miejscowości w Portugalii należy podać też parafię i władze lokalne.
- (<sup>5</sup>) Jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji czeskiej, należy podać czeski numer urodzenia; jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji cypryjskiej, w przypadku obywatela cypryjskiego należy podać cypryjski numer tożsamości, w przypadku osoby niebędącej obywatelem cypryjskim należy podać numer zaświadczenia rejestracji obcokrajowca (ARC); jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji duńskiej, należy podać numer CPR; jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji fińskiej, należy podać obywatelski numer rejestracji; jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji szwedzkiej, należy podać numer osobisty (*personnummer*); jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji islandzkiej, należy podać osobisty numer tożsamości (*kennitala*); jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji w Liechtensteinie, należy podać numer ubezpieczenia AHV; jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji litewskiej, należy podać osobisty numer tożsamości; jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji łotewskiej, należy podać numer tożsamości; dla instytucji węgierskiej należy podać numer TAJ, jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji maltańskiej, w przypadku obywateli maltańskich należy podać numer dokumentu tożsamości, w przypadku obcokrajowców należy podać maltański numer ubezpieczenia społecznego; jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji norweskich, należy wskazać osobisty numer tożsamości (*fødselsnummer*); jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji belgijskiej, należy podać numer krajowego ubezpieczenia społecznego (NISS); jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji niemieckiej ogólnego systemu ubezpieczeń emerytalnych, należy wskazać numer ubezpieczenia (VSNR), w przypadku instytucji systemu ubezpieczeń społecznych dla pracowników służby cywilnej należy podać osobisty numer tożsamości (PRS-Kenn-Nr); jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji hiszpańskich, w przypadku obywateli Hiszpanii należy podać numer znajdujący się na dokumencie tożsamości D.N.I. (Documento Nacional de Identidad) lub N.I.E. (Número de Identificación de Extranjeros) w przypadku obcokrajowców, nawet jeżeli w obydwu przypadkach dokumenty tożsamości utraciły ważność. Jeżeli nie będzie to możliwe, należy wpisać „Brak”; jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji austriackiej, należy podać austriacki numer ubezpieczenia (VSNR); jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji polskiej, należy podać numer referencyjny akt emerytalnych w przypadku osób, które ubiegają się lub które uzyskały prawo do emerytury w ramach polskiego systemu emerytur, w przypadku osób wnioskujących o polską emeryturę po raz pierwszy należy podać numer PESEL i NIP lub numer NKP (numer NKP w przypadku osoby podlegającej ubezpieczeniu rolniczemu), w przypadku braku takiego numeru należy podać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu; jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji portugalskiej, należy podać numer rejestracji w ogólnym systemie ubezpieczeniowym, jeżeli dana osoba jest ubezpieczona w ramach systemu ubezpieczeń społecznych dla pracowników służby cywilnej w Portugalii; jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji słowackiej, należy podać numer urodzin; jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji słoweńskiej, należy podać osobisty numer tożsamości (EMŠO); jeżeli formularz ma być wysłany do instytucji szwajcarskiej, należy podać numer ubezpieczenia AVS/AI (AHV/IV). Jeśli go nie ma, należy wpisać „Brak”.
- (<sup>6</sup>) Proszę podać, o ile to możliwe, wszystkie zawody, w których pracował ubezpieczony. Informacja ta zostanie podana na podstawie oświadczenia tej osoby. Jeśli będzie to konieczne, proszę dołączyć dodatkowe strony.
- (<sup>7</sup>) Nie ma zastosowania dla Norwegii.
- (<sup>8</sup>) Dla celów instytucji polskich należy uzupełnić punkt 1 na „dodatkowej stronie nr 4”.



## DODATKOWE INFORMACJE DLA CELÓW INSTYTUCJI POLSKICH

## 1. Informacje dotyczące pozycji 4.10 „Badanie neurologiczne”:

- Napięcie mięśniowe  normalne  zwiększone  zmniejszone  
 normalna  zmniejszona (adynamia)

Zakres ruchów: .....

## 2. Powód upośledzenia funkcji organów:

- wypadek przy pracy?  
 wypadek w drodze do lub z pracy?  
 wypadek w szczególnych okolicznościach?  
 wypadek podczas pełnienia służby?

data wypadku: .....

- choroba zawodowa?  
 data początku choroby zawodowej: .....

- inne okoliczności (proszę podać szczegóły)?  
 .....  
 .....

## 3.1 Czy badana osoba wymaga stałej lub długotrwałej opieki innych osób?

- Nie  Tak, w zakresie:  
 poruszania się w domu  
 spożywania pokarmów  
 utrzymania higieny osobistej  
 kontrolowania czynności fizjologicznych  
 wykonywania czynności codziennych poza domem

## 3.2 Czy ze względu na stan umysłowy osoby badanej powinna być ona objęta stałą lub długoterminową opieką innych osób?

- Nie  Tak, ponieważ:  
 .....

## 4. Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania, jeżeli osoba badana ma problemy ze zdrowiem psychicznym

## 4.1 Należy zaznaczyć odpowiednie okienko, jeżeli osoba cierpi na poniższe choroby lub niesprawności:

- choroba psychiczna (jeżeli tak, należy podać nazwę choroby): .....  
 znaczący stopień zaburzeń osobowości  
 istotne ograniczenie możliwości uczenia się  
 nadużywanie alkoholu lub innych substancji  
 upośledzenie czynności mózgu w wyniku choroby organicznej lub urazu mózgu.

W razie zaznaczenia któregokolwiek z powyższych okienek w pozycji 4.1 wypełnia się pozycje od 4.2 do 4.6.



E 213 strona dodatkowa nr 4 PL (ciąg dalszy)

4.2 Czy osoba wykazywała cechy paranoidalne, miała urojenia, halucynacje lub inne wyraźne objawy / zachowania psychotyczne w dowolnym czasie na przestrzeni ostatnich sześciu miesięcy?

Tak  Nie

4.3 Czy osoba przyjmuje leki neuroleptyczne i/lub leki zmieniające nastrój, które można podawać doustnie lub jako depot (porcja leku o przedłużonym działaniu umieszczona w tkankach)?

Tak  Nie

4.4 Czy osoba wymaga stałej opieki lub nadzoru z uwagi na efekty stanu(-ów) określonego(-ych) w punkcie 4.1 powyżej?

Tak  Nie

Jeśli „Tak”, czy osoba przebywa pod opieką w domu, czy jest w zakładzie zamkniętym?

Dom  Zakład zamknięty

4.5 Czy osoba uczęszcza do dziennego ośrodka opieki (gdzie przebywa pod stałą opieką wykwalifikowanej pielęgniarki) przynajmniej raz w tygodniu?

Tak  Nie

4.6 Nazwisko, imię i adres lekarza psychiatry-konsultanta:

.....  
.....

4.7 Dodatkowe uwagi, które mogą pomóc w określeniu stopnia nasilenia zaburzeń psychicznych, nawet jeżeli żadne z okienek w punkcie 4.1 nie zostało zaznaczone:

.....  
.....