

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 ⁽⁶⁾:
- 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) ⁽⁸⁾:
 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

- (¹) 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.
- (²) Ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość, państwo, numer telefonu.
- (³) 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.
- (⁴) W przypadku miejscowości w Portugalii należy podać też parafię i władze lokalne.
- (⁵) 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”.
- (⁶) 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.
- (⁷) Nie ma zastosowania dla Norwegii.
- (⁸) 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:

.....
.....