



## MEDICAL REPORT - RAPORT LEKARSKI

<b>SECTION A - To be completed by Applicant</b> <b>CZĘŚĆ A - Wypełnia wnioskodawca</b>			
Given Name and Initial Imię i inicjał		Family Name Nazwisko	
Home Address (No., Street, Apt. No.) Adres (ulica i nr domu, nr mieszkania)		City Miasto	Province or Territory Prowincja lub terytorium
Postal Code Kod pocztowy	Telephone No. Numer telefonu	Date of Birth - Data urodzenia Year      Month      Day Rok      Miesiąc      Dzień	Canadian Social Insurance Number Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie
<b>SECTION B - To be completed by Physician</b> <b>CZĘŚĆ B - Wypełnia lekarz</b>			
Please provide factual objective opinions Należy wydać obiektywną opartą na stanie faktycznym opinię			
1 Height Wzrost	2 a) How long have you known the patient? Od kiedy zna Pan/i pacjenta ?	b) When did you start treating the patient for the main medical condition? Kiedy rozpoczęła Pan/i leczenie pacjenta z powodu jego głównych dolegliwości ?  Year      Month Rok      Miesiąc	c) Date of last visit Data ostatniej wizyty  Year      Month      Day Rok      Miesiąc      Dzień
Weight Waga			
3 <b>Diagnosis (es)</b> <b>Diagnoza:</b>			
4 <b>Relevant/significant medical history relating to the main medical condition:</b> <b>Przebyte schorzenia przewlekłe/istotne ze względu na główne dolegliwości:</b>			

**Please write legibly - Należy wypełnić czytelnie**

Service Canada delivers Human Resources and Skills Development Canada programs and services for the Government of Canada.

Service Canada zapewnia świadczenia w ramach programu i usług Human Resources and Skills Development Canada w imieniu rządu Kanady.

**Canadian Social Insurance Number**  
**Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie**

**5 Over the past two years, has the patient been admitted to a hospital/institution?**  
**Czy w czasie dwóch ostatnich lat pacjent był przyjęty do szpitala lub zakładu ?**

- Yes **If yes, please list:**  
Tak **Jeżeli tak, proszę podać :**
- No  
Nie

Name of the Hospital(s)/Institution(s)  
Nazwa szpitala/i lub zakładu/ów

The date(s) of admission  
Data/y przyjęcia

Year	Month	Day
Rok	Miesiąc	Dzień

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

The reason(s) for admission  
Powód/y przyjęcia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6A Is there supporting evidence for the main medical condition? Please attach supporting documentation.**  
**Czy istnieją dokumenty potwierdzające główne dolegliwości pacjenta ? Należy je dołączyć.**

Laboratory Reports Wyniki badań laboratoryjnych	<input type="checkbox"/> Yes Tak	<input type="checkbox"/> No Nie
X-ray reports Badania rentgenowskie	<input type="checkbox"/> Yes Tak	<input type="checkbox"/> No Nie
Consultants' opinions Opinie konsultantów	<input type="checkbox"/> Yes Tak	<input type="checkbox"/> No Nie
Other Inne	<input type="checkbox"/> Yes Tak	<input type="checkbox"/> No Nie
Documentation to be returned Dokumenty do zwrotu	<input type="checkbox"/> Yes Tak	<input type="checkbox"/> No Nie

**6B Please describe relevant physical findings and functional limitations.**  
**Należy opisać stan fizyczny oraz stałe ograniczenia czynnościowe.**

Canadian Social Insurance Number  
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

**7** Are further consultations or medical investigations planned relating to the main medical condition?  
Czy przewidywane są inne konsultacje lub opinie lekarskie w związku z głównymi dolegliwościami ?

Yes  
Tak

**If yes, please specify:**  
**Jeżeli tak, proszę podać jakie:**

No  
Nie

**8** Is the patient currently on medication(s) as a result of the main medical condition?  
Czy obecnie pacjent zażywa leki w związku z głównymi dolegliwościami?

Yes  
Tak

**If yes, please indicate dosage and frequency.**  
**Jeżeli tak, proszę podać dawkę i jak często.**

No  
Nie

**9** **Treatment:** List type and response.  
**Leczenie:** Podać rodzaj i reakcję.

Please write legibly - Należy wypełnić czytelnie

<b>Canadian Social Insurance Number</b> <b>Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie</b>	<b>FOR OFFICE USE ONLY - DO WYŁĄCZNEGO UŻYTKU URZĘDU</b>		
	<input type="checkbox"/> A.C.	Initials	Year    Month    Day
<b>10 Prognosis of the main medical condition of this patient:</b> <b>Prognozowanie w związku z głównymi dolegliwościami pacjenta:</b>			
<b>11 Additional Information</b> <b>Informacje dodatkowe</b>			
<b>SIGNATURE (Please print or use a stamp)</b> <b>PODPIS (należy podpisać drukowanymi literami lub przystawić pieczętkę)</b>			
Physician's Full Name Pełne nazwisko lekarza			
Address Adres		<input type="checkbox"/> Family Physician <input type="checkbox"/> Lekarz rodzinny  <input type="checkbox"/> Specialty <input type="checkbox"/> Specjalizacja _____	
Signature Podpis X		Year    Month    Day Rok    Miesiąc    Dzień	Telephone No. Numer telefonu
<b>Please write legibly - Należy wypełnić czytelnie</b>			