

Numer ubezpieczenia (SSN) w USA
U.S. Social Security Number (SSN)

OPINIA LEKARSKA/ *MEDICAL EVALUATION*

(do wypełnienia przez lekarza leczącego, a następnie przekazania przez wnioskodawcę do Social Security Administration
– dla celów przyznania polskich świadczeń przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)
(to be completed by the physician and then to hand over by the claimant to Social Security Administration
– in order to establish the polish pension by Zakład Ubezpieczeń Społecznych or Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)

A. Dane osobowe/ *Personal data*

Imię i nazwisko/ *Name and given names*

Data urodzenia/ *Date of birth (RRRR/MM/DD)* Adres/ *Address*

B. Tożsamość ustalono na podstawie/ *Identity document 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)
Medical history (notified complaints and applied treatment, past diseases, accidents, operations, etc., observed disability and diseases existing before gainful employment undertaking, family history, addictions)

2. Wywiad zawodowy/ *Occupational history*

D. Wyniki badania przedmiotowego/ *Outcomes of basic medical examinations*

Wzrost/ *Height* Waga/ *Weight* kg RR/ *Blood Pressure* mmHg Tętno/ *Pulse* /min.

Wygląd ogólny/ <i>General appearance</i> :	<input type="checkbox"/> zdrowy/ <i>healthy</i>	<input type="checkbox"/> chorowity/ <i>unhealthy</i>	
Budowa ciała/ <i>Body build</i> :	<input type="checkbox"/> prawidłowa/ <i>regular</i>	<input type="checkbox"/> nieprawidłowa/ <i>irregular</i>	
Postawa/ <i>Posture</i> :	<input type="checkbox"/> prawidłowa/ <i>regular</i>	<input type="checkbox"/> nieprawidłowa/ <i>irregular</i>	
Chód/ <i>Gait</i> :	<input type="checkbox"/> sprawny/ <i>regular</i>	<input type="checkbox"/> utrudniony/ <i>dysbasia</i>	
Ruchy/ <i>Movements</i> :	<input type="checkbox"/> swobodne/ <i>regular</i>	<input type="checkbox"/> powolne/ <i>slow</i>	<input type="checkbox"/> niedołączne/ <i>indolen</i>
	<input type="checkbox"/> inne nieprawidłowości/ <i>other irregularities</i>		
Skóra/ <i>Skin</i> :	<input type="checkbox"/> niezmienniona/ <i>unchanged</i>	<input type="checkbox"/> zmieniona/ <i>changed</i>	
Tkanka podskórna/ <i>Hypodermics</i> :	<input type="checkbox"/> rozwinięta prawidłowo/ <i>developed correctly</i>	<input type="checkbox"/> nadmiernie/ <i>in excess</i>	
	<input type="checkbox"/> skąpo/ <i>underdeveloped</i>	<input type="checkbox"/> w zaniku/ <i>disappearing</i>	
Błony śluzowe/ <i>Mucous membranes</i> :	<input type="checkbox"/> niezmiennione/ <i>unchanged</i>	<input type="checkbox"/> blade/ <i>pale</i>	<input type="checkbox"/> zaczerwienione/ <i>redden</i>
	<input type="checkbox"/> sine/ <i>blue</i>	<input type="checkbox"/> inne zmiany/ <i>other changes</i>	
Węzły chłonne/ <i>Lymph nodes</i> :	<input type="checkbox"/> niepowiększone/ <i>standard</i>	<input type="checkbox"/> powiększone/ <i>enlarged</i>	

Proszę zaznaczyć krzyżykiem odpowiedź w kratkach występujących w formularzu/ *Please, match with a cross the proper answer block.*

N-11C/USA Opinia lekarska wydana przez lekarza przeprowadzającego badanie za granicą/ *Medical evaluation issued by a physician examining abroad*

- Umięśnienie/ *Muscular condition:*** dobre/*good* średnie/*mean* słabe/*poor* zaniki mięśniowe/*muscular atrophy*
- Obrzęki/ *Oedema:*** tak/*yes* nie/*no*
- Duszność/ *Dyspnoea:*** tak/*yes* nie/*no*
- Kaszel/ *Cough:*** tak/*yes* nie/*no*
- Głowa/ *Head:*** prawidłowa/*regular* odchylenia od stanu prawidłowego/*/deviation*
- Szyja/ *Neck:*** prawidłowa/*regular* odchylenia od stanu prawidłowego/*/deviation*
- Klatka piersiowa/ *Chest:*** prawidłowa/*regular* odchylenia od stanu prawidłowego/*/deviation*
- Układ oddechowy/ *Respiratory system:*** prawidłowy/*regular* odchylenia od stanu prawidłowego/*/deviation*
- Serce, układ krążenia/ *Heart, cardiovascular system:*** prawidłowe/*regular* odchylenia od stanu prawidłowego/*/deviation*
- Naczynia obwodowe/ *Peripheral vessels:*** prawidłowe/*regular* odchylenia od stanu prawidłowego/*/deviation*
- Narządy jamy brzusznej/ *Abdominal cavity organs:*** prawidłowe/*regular* odchylenia od stanu prawidłowego/*/deviation*
- Układ moczowo-płciowy/ *Genitourinary system:*** prawidłowy/*regular* odchylenia od stanu prawidłowego/*/deviation*
- Układ ruchu/ *Motor system:*** prawidłowy/*regular* odchylenia od stanu prawidłowego/*/deviation*
- Wzrok/ *Vision:*** w granicach normy/*within limits* odchylenia od stanu prawidłowego/*/deviation*
- Sluch/ *Hearing:*** w granicach normy/*within limits* odchylenia od stanu prawidłowego/*/deviation*
- Układ nerwowy/ *Nervous system:*** w granicach normy/*within limits* odchylenia od stanu prawidłowego/*/deviation*
- Stan psychiczny/ *Mental condition:*** prawidłowy/*normal* odchylenia od stanu prawidłowego/*/deviation*

Opis stwierdzanych odchyleń od stanu prawidłowego/ *Description of observed deviations:*

- E. 1. Czy ubezpieczony(a) wymaga stałej bądź długotrwałej opieki innych osób/ *Does the insured require permanent or long-term care by the others?*** nie/no tak w zakresie/yes, facilitating:
- poruszania się w mieszkaniu/*movement at home*; przyjmowania pokarmów/*eating*; utrzymywania higieny osobistej/*personal hygiene*; załatwiania potrzeb fizjologicznych/*physiological needs fulfillment*; załatwiania potrzeb życiowych poza domem/*life needs fulfillment outside home*
- 2. Czy stan psychiczny ubezpieczonego stwarza konieczność stałej lub długotrwałej opieki innych osób/ *Does mental state of the insured create necessity of permanent or long-term care by the others?***
- nie/no tak ze względu/yes, in relation to

F. Rozpoznanie (choroba podstawowa, choroby współistniejące)/ **Diagnosis** (*basic disease, co-existing diseases*)

Numery statystyczne chorób (zaleca się zastosowanie kodu ICD)/ **Diseases statistical numbers** (*ICD code recommended*)

□□□□ □□□□ □□□□

G. Podsumowanie/ Summary

(charakter i przebieg procesów chorobowych oraz ich wpływ na stan czynnościowy organizmu)/ (*diseases nature and course and their influence on a body functional condition*)

.....
data/date

.....
podpis i pieczęć lekarza/*signature
and doctor's seal*

ZUS N-11C/USA *Opinia lekarska wydana przez lekarza przeprowadzającego badanie za granicą/ Medical evaluation issued by a physician examining abroad*