

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH/ SOCIAL INSURANCE INSTITUTION (ZUS)  
KASA ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO / AGRICULTURAL SOCIAL INSURANCE FUND (KRUS)

Oddział/Branch .....

Nr akt/ Patient's No. ....

Nr ubezpieczenia/ Insurance No .....

OPINIA LEKARSKA/MEDICAL EVALUATION

A. Dane osobowe/Personal data

Imię i nazwisko/ Name and given names .....

Data urodzenia(RRRR/MM/DD)/Date of birth (YYYY/MM/DD).....

Adres/Address .....

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

Identity was established on the basis of identity card/passport ..... number.....

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/General appearance:  zdrowy/healthy  chorowity/unhealthy  
Budowa ciała/Body build:  prawidłowa/normal  nieprawidłowa/abnormal  
Postawa/Posture:  prawidłowa/normal  nieprawidłowa/abnormal  
Chód/Gait:  sprawny/normal  utrudniony/dysbasia  
Ruchy/Movements:  swobodne/normal  powolne/slow  niedołężne/indolent  
 inne nieprawidłowości/other irregularities  
Skóra/Skin:  niezmieniona/unchanged  zmieniona/changed  
Tkanka podskórna/Hypodermics:  rozwinięta prawidłowo/developed correctly  nadmiernie/in excess  
 skąpo/underdeveloped  w zaniku/disappearing  
Blony śluzowe/Mucous membranes:  niezmienione/unchanged  blade/pale  zaczerwienione/red  
 sine/blue  inne zmiany/other changes  
Węzły chłonne/Lymph nodes:  niepowiększone/normal  powiększone/enlarged

Proszę zaznaczyć krzyżykiem odpowiedź w kratkach występujących w formularzu/Please, mark the proper answer with an X".

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

Umięśnienie/Muscular condition:  dobre/good  średnie/average  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/normal  odchylenia od stanu prawidłowego/

<b>Szyja/Neck:</b>	<input type="checkbox"/> prawidłowa/normal	<input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/ /deviation
<b>Klatka piersiowa/Chest:</b>	<input type="checkbox"/> prawidłowa/normal	<input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/ /deviation
<b>Układ oddechowy/Respiratory system:</b>	<input type="checkbox"/> prawidłowy/normal	<input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/ /deviation
<b>Serce, układ krążenia/Heart, cardiovascular system:</b>	<input type="checkbox"/> prawidłowe/normal	<input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/ /deviation
<b>Naczynia obwodowe/Peripheral vessels:</b>	<input type="checkbox"/> prawidłowe/normal	<input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/ /deviation
<b>Narządy jamy brzusznej/Abdominal cavity organs:</b>	<input type="checkbox"/> prawidłowe/normal	<input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/ /deviation
<b>Układ moczowo-płciowy/Genitourinary system:</b>	<input type="checkbox"/> prawidłowy/normal	<input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/ /deviation
<b>Układ ruchu/Motor system:</b>	<input type="checkbox"/> prawidłowy/normal	<input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/ /deviation
<b>Wzrok/Vision:</b>	<input type="checkbox"/> w granicach normy/within limits	<input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/ /deviation
<b>Sluch/Hearing:</b>	<input type="checkbox"/> w granicach normy/within limits	<input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/ /deviation
<b>Układ nerwowy/Nervous system:</b>	<input type="checkbox"/> w granicach normy/within limits	<input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/ /deviation
<b>Stan psychiczny/Mental condition:</b>	<input type="checkbox"/> prawidłowy/normal	<input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/ /deviation

**Opis stwierdzanych odchyłeń 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 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 the insured's mental state create a necessity of permanent or long-term care by 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's functional condition)

.....  
data (rrrr/mm/dd) /date (yyyy/mm/dd)

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

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