



/ Raport Medyczny

PL-KR 5A

* /Proszę o wypełnienie formularza w j. angielskim

A. / DO WYPEŁNIENIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO /OSOBĘ SKŁADAJĄCĄ WNIOSEK

1) / Ubezpieczony	/ Imiona	/Nazwisko																																									
2) ()/ Numer telefonu (wraz z numerem kierunkowym)		3) / e-mail:																																									
4) / Koreański Numer Ubezpieczeniowy	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					-	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
5) / Adres do korespondencji																																											

()

W związku z moim wnioskiem o przyznanie renty do Koreańskiej Krajowej Instytucji Emerytalno-Rentowej (Korean National Pension Service) upoważniam (imię i nazwisko lekarza) _____ do ujawnienia informacji o charakterze medycznym, w celu orzeczenia czy jestem osobą niepełnosprawną w świetle Koreańskiego Krajowego Systemu Emerytalno-Rentowego.

/miesiąc /dzień /rok

Podpis osoby ubezpieczonej/składającej wniosek _____ Data _____

B. / DO WYPEŁNIENIA PRZEZ LEKARZA

Państwa pacjent ubiegający się o rentę z Koreańskiego Krajowego Systemu Emerytalno-Rentowego upoważnił Państwa do ujawnienia informacji medycznej na swój temat. Prosimy o wypełnienie poniższych rubryk w celu określenia przysługujących mu uprawnień. Prosimy o czytelne wypełnianie rubryk długopisem. Wszystkie dostarczone przez Państwa informacje zostaną użyte wyłącznie w celu określenia przysługujących Państwa Pacjentowi uprawnień do renty i chronione będą koreańskim prawem.

1. / Choroba lub uraz jako przyczyna niepełnosprawności		2. / Początek niepełnosprawności (data)	/miesiąc /dzień /rok
3. ^{a)} / Data pierwszego badania	/miesiąc /dzień /rok	4. ^{b)} / Data wyleczenia	/miesiąc /dzień /rok
5. / Rodzaj niepełnosprawności		6. / Trwała niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> / Tak <input type="checkbox"/> / Nie

a) " " , /
Data pierwszego badania oznacza datę kiedy pacjent był po raz pierwszy badany przez lekarza odnośnie choroby lub wypadku stanowiących przyczynę jej lub jego niepełnosprawności.

b) " " , /
Data wyleczenia oznacza datę kiedy choroba lub uraz zostały wyleczone, lub kiedy choroba lub uraz są tak zaawansowane, że dalsze leczenie nie jest w stanie dać zadawalających efektów.

7. / Diagnoza (Diagnozy)

* . /

Prosimy opisać przebieg leczenia oraz wszystkie podjęte do tej pory procedury. (Prosimy o zamieszczenie informacji uwzględniających okres leczenia, nazwy oraz daty zastosowanych procedur, rodzaj leków, itd.).

8. () / Obecny stopień niepełnosprawności (/miesiąc /dzień /rok)

Prosimy o szczegółowy opis symptomów klinicznych oraz stopnia niepełnosprawności. W razie potrzeby prosimy posłużyć się ilustracją lub diagramem.

* (/miesiąc /dzień /rok)

- 1 6 : /

Czy w ciągu 1,5 roku od pierwszego badania lekarskiego niepełnosprawność została w pełni wyleczona:

Data wyleczenia.

- 1 6 : 1 6 /

Czy w ciągu 1,5 roku od pierwszego badania lekarskiego niepełnosprawność nie została w pełni wyleczona: upłynął okres półtora roku lub data złożenia wniosku.

9. / Historia choroby

Prosimy o opisanie rodzaju niepełnosprawności, podanie daty jej powstania oraz stanu obecnego itd.

10. / Hospitalizacja

* , 2 , , /

Nazwa instytucji, daty hospitalizacji w ciągu dwóch ostatnich lat, powód (powody) przyjęcia do szpitala oraz leczenia.

11. / Aktualne badania, obserwacje oraz wnioski

* , /

Prosimy o odnotowanie wszystkich stwierdzonych ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu.

12. , , X / Odnoszące się do sprawy opinie lekarskie, wyniki badań laboratoryjnych, zdjęcia rentgenowskie

* , ? /

Czy życzą sobie Państwo zwrotu przesłanych załączników? / Tak /
Nie

13. / Aktualne leczenie

14. / Ostateczna opinia

a. / Podsumowanie oraz rokowania

* . /

W przypadku gdy są zaplanowane dalsze badania, prosimy o szczegółowe informacje dotyczące miejsca, osoby i czasu (gdzie, kiedy i przez kogo?).

b.

/ Opinia na temat zdolności do pracy i codziennej egzystencji.

(x) . / **Prosimy o zaznaczenie właściwego punktu (X).**

- / Osoba jest niezdolna do jakiegokolwiek pracy, wymaga stałej opieki i nadzoru.
- / W wysokim stopniu ograniczona zdolność do pracy
- / Znacznie ograniczona zdolność do pracy
- / Nieznacznie ograniczona zdolność do pracy
- / Zachowana zdolność do pracy

Imię / i nazwisko lekarza		/	
		Numer telefonu (wraz z numerem kierunkowym)	
		/	
		e-mail:	
/	(/Kod pocztowy)		
Adres do korespondencji			
/ Podpis	/miesiąc /dzień /rok		
_____	/ Data _____		

Normy oceny stopnia niepełnosprawności

(na podstawie art. 46 dekretu wykonawczego
do ustawy o krajowych emeryturach i rentach)

A. Pierwszy stopień

STAN NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
<ol style="list-style-type: none">1. Pogorszenie widzenia w obu oczach poniżej 0.022. Całkowite upośledzenie obu rąk3. Całkowite upośledzenie obu nóg4. Utrata obu rąk w stawie nadgarstkowym lub powyżej5. Utrata obu nóg w stawie skokowym lub powyżej6. Upośledzenie fizyczne niewymienione w punktach 1 - 5, skutkujące niezdolnością do jakiegokolwiek pracy i potrzebą stałej opieki7. Upośledzenie umysłowe lub upośledzenie układu nerwowego skutkujące niezdolnością do jakiegokolwiek pracy i potrzebą stałej opieki lub nadzoru8. Osoby wyraźnie określone przez Ministra Zdrowia, Opieki Społecznej i Rodziny jako osoby niezdolne do jakiegokolwiek pracy i wymagające długotrwałego wypoczynku, stałej opieki i nadzoru z powodu upośledzenia umysłowego lub fizycznego

B. Drugi stopień

STAN NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
<ol style="list-style-type: none">1. Pogorszenie widzenia w obu oczach poniżej 0.062. Pogorszenie widzenia w jednym oku poniżej 0.02 a w drugim poniżej 0.13. Utrata zdolności przeżuwania i mowy4. Poważne upośledzenie funkcji kręgosłupa5. Utrata jednej ręki w stawie nadgarstkowym lub powyżej6. Utrata jednej nogi w stawie skokowym lub powyżej7. Całkowite upośledzenie jednej ręki8. Całkowite upośledzenie jednej nogi9. Utrata lub całkowite upośledzenie wszystkich palców obu rąk10. Utrata obu stóp w stawie Lisfranka lub powyżej11. Upośledzenie fizyczne niewymienione w punktach 1 - 10, skutkujące poważnym ograniczeniem zdolności do pracy12. Upośledzenie umysłowe lub upośledzenie układu nerwowego skutkujące niezdolnością do jakiegokolwiek pracy13. Osoby wyraźnie określone przez Ministra Zdrowia, Opieki Społecznej i Rodziny jako osoby, których stopień upośledzenia fizycznego, umysłowego lub upośledzenia układu nerwowego skutkuje poważnym ograniczeniem zdolności do pracy

C. Trzeci stopień

STAN NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

1. Pogorszenie widzenia w obu oczach poniżej 0.1 lub pogorszenie widzenia w jednym oku poniżej 0.02 a w drugim poniżej 0.15
2. Upośledzenie ostrości słuchu w takim stopniu, że chory nie słyszy słów krzyczanych do ucha
3. Znaczne upośledzenie zdolności przeżuwania i mowy
4. Średnie upośledzenie funkcji kręgosłupa
5. Upośledzenie dwóch z trzech głównych stawów jednej ręki
6. Upośledzenie dwóch z trzech głównych stawów jednej nogi
7. Utrata kciuka i palca wskazującego jednej ręki
8. Upośledzenie przynajmniej czterech palców, włączając kciuk i palec wskazujący jednej ręki
9. Utrata jednej stopy w stawie Lisfranka lub powyżej
10. Całkowite upośledzenie wszystkich palców obu stóp
11. Upośledzenie fizyczne niewymienione w punktach 1 - 10, skutkujące dużym ograniczeniem zdolności do pracy
12. Upośledzenie umysłowe lub upośledzenie układu nerwowego skutkujące dużym ograniczeniem zdolności do pracy
13. Osoby wyraźnie określone przez Ministra Zdrowia, Opieki Społecznej i Rodziny jako osoby, których stopień upośledzenia fizycznego, umysłowego lub upośledzenia układu nerwowego skutkuje dużym ograniczeniem zdolności do pracy

D. Czwarty stopień

STAN NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

1. Pogorszenie widzenia w obu oczach poniżej 0.3
2. Upośledzenie ostrości słuchu w takim stopniu, że chory nie słyszy słów wypowiedzianych normalnym głosem z odległości powyżej jednego metra
3. Średnie upośledzenie zdolności przeżuwania i mowy
4. Upośledzenie funkcji kręgosłupa
5. Upośledzenie dwóch z trzech głównych stawów jednej ręki
6. Upośledzenie dwóch z trzech głównych stawów jednej nogi
7. Utrata dwóch palców, włączając kciuk i palec wskazujący lub utrata przynajmniej czterech palców, z wyłączeniem kciuka i palca wskazującego
8. Upośledzenie sześciu palców obu stóp
9. Upośledzenie fizyczne niewymienione w punktach 1 - 8 w stopniu nieco ograniczającym zdolność do pracy
10. Upośledzenie umysłowe lub upośledzenie układu nerwowego w stopniu nieco ograniczającym zdolność do pracy
11. Osoby wyraźnie określone przez Ministra Zdrowia, Opieki Społecznej i Rodziny jako osoby, których stopień upośledzenia fizycznego lub umysłowego nieco ogranicza zdolność do pracy

* Uwagi

1. Wzrok należy badać przy pomocy standardowych, uznanych na poziomie międzynarodowym tablic badania wzroku. Osoby z błędem refrakcji należy badać z zasady po korekcji szklami.
2. Utrata palców oznacza utratę kciuka w stawie oraz innych palców w pierwszym stawie lub w dalszych stawach.