

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH/ 사회보험기관
KASA ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO / 농업사회보험기금

Oddział/지사.....

OPINIA LEKARSKA/의료 소견서

A. Dane osobowe/개인정보

Imię i nazwisko/ 이름.....

Data urodzenia/생년월일(YYYY/MM/DD).....Adres/주소.....

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

개인 식별번호/여권일련번호

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)
병력 (통지 병명 및 치료내역, 과거 질병, 사고, 수술 등, 관찰된 장애와 소득활동 이전의 질병, 가족력, 중독)

2. Wywiad zawodowy/ 직업이력

D. Wyniki badania przedmiotowego/기초 의료 검진 결과

Wzrost/신장..... Waga/몸무게.....kg RR/혈압..... mmHg Tętno/맥박...../min.

- Wygląd ogólny/전체적 모습: zdrowy/건강 chorowity/병약
- Budowa ciała/체결: prawidłowa/정상 nieprawidłowa/비정상
- Postawa/zase: prawidłowa/정상 nieprawidłowa/비정상
- Chód/걸음걸이: sprawny/정상 utrudniony/곤란
- Ruchy/움직임: swobodne/정상 powolne/느림 niedołączne/더딤
- Skóra/피부: inne nieprawidłowości/기타 비정상
- Tkanka podskórna/피하: niezmięciona/불변 zmieniona/변형
- Blony śluzowe/점막: rozwinięta prawidłowo/정상 발달 nadmiernie/과도
- Węzły chłonne/림프절: skąpo/발육부진 w zaniku/소실
- niezmięcone/불변 blade/창백 zaczerwienione/적화
- sine/검푸른 inne zmiany/기타 변형
- niepowiększone/정상 powiększone/확장

Proszę zaznaczyć krzyżykiem odpowiedź w kratkach występujących w formularzu/해당란에 표기하시오.

- Umięśnienie/근육 상태: dobre/양호 średnie/보통 słabe/빈약 zaniki mięśniowe/근위축증
- Obrzęki/부종: tak/예 nie/아니오
- Duszność/언어장애: tak/예 nie/아니오
- Kaszel/기침: tak/예 nie/아니오
- Głowa/머리: prawidłowa/정상 odchylenia od stanu prawidłowego/
/정상범위 밖
- Szyja/목: prawidłowa/정상 odchylenia od stanu prawidłowego/
/정상범위 밖
- Klatka piersiowa/ga슴: prawidłowa/정상 odchylenia od stanu prawidłowego/
/정상범위 밖

Załącznik do wniosku o polskie świadczenia z tytułu niezdolności do pracy
폴란드 근로불능 관련 연금청구 부가서류

- | | | |
|-------------------------------|---|--|
| Układ oddechowy/호흡기계: | <input type="checkbox"/> prawidłowy/정상 | <input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/
/ 정상범위 밖 |
| Serce, układ krążenia/심혈관계: | <input type="checkbox"/> prawidłowe/정상 | <input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/
/정상범위 밖 |
| Naczynia obwodowe/말초신경관: | <input type="checkbox"/> prawidłowe/정상 | <input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/
/ 정상범위 밖 |
| Narządy jamy brzusznej/복강 기관: | <input type="checkbox"/> prawidłowe/정상 | <input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/
/ 정상범위 밖 |
| Układ moczowo-płciowy/비뇨신경기계: | <input type="checkbox"/> prawidłowy/정상 | <input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/
/ 정상범위 밖 |
| Układ ruchu/운동계: | <input type="checkbox"/> prawidłowy/정상 | <input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/
/정상범위 밖 |
| Wzrok/시력: | <input type="checkbox"/> w granicach normy/정상범위 내 | <input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/
/정상범위 밖 |
| Sluch/청력: | <input type="checkbox"/> w granicach normy/정상범위 내 | <input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/
/정상범위 밖 |
| Układ nerwowy/신경계: | <input type="checkbox"/> w granicach normy/정상범위 내 | <input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/
/정상범위 밖 |
| Stan psychiczny/정신상태: | <input type="checkbox"/> prawidłowy/정상 | <input type="checkbox"/> odchylenia od stanu prawidłowego/
/정상범위 밖 |
- Opis stwierdzanych odchyień od stanu prawidłowego/정상 범위 밖에 관한 내용 기술:

Wyniki badań dodatkowych i inna dokumentacja/보충 검진(연구) 및 기타 증거 조사의 결과

E. 1. Czy ubezpieczony(a) wymaga stałej bądź długotrwałej opieki innych osób/ 가입자가 영구적 또는 장기적으로 타인의 보살핌이 필요한가? nie/아니오 tak w zakresie/예, 다음을 촉진하기 위해:

poruszania się w mieszkaniu/집안 이동; przyjmowania pokarmów/식사; utrzymywania higieny osobistej//개인위생; załatwiania potrzeb fizjologicznych/생리현상충족; załatwiania potrzeb życiowych poza domem/집밖 생활 필요 충족

2. Czy stan psychiczny ubezpieczonego stwarza konieczność stałej lub długotrwałej opieki innych osób/가입자의 정신적인 상태로 인해 타인의 보살핌을 영구적 또는 장기적으로 필요한가?

nie/아니오 tak ze względu/예, 관련 사항.....

F. Rozpoznanie (choroba podstawowa, choroby współistniejące)/진단 (근원 질병, 공존 질병)

**Załącznik do wniosku o polskie świadczenia z tytułu niezdolności do pracy
폴란드 근로불능 관련 연금청구 부가서류**

Numery statystyczne chorób (zaleca się zastosowanie kodu ICD)/**질병통계번호** (ICD 국제 질병분류 코드 권고)

□□□□ □□□□ □□□□

G. Podsumowanie/요약

(charakter i przebieg procesów chorobowych oraz ich wpływ na stan czynnościowy organizmu)/(질병의 근원, 경과 및 신체 기능 상태에 대한 영향)

.....
data /일자
(DDMMRRRR / 일 월 년)

.....
podpis i pieczęć lekarza/서명 및
의사 직인

1. Informacja dla osoby składającej wniosek o polskie świadczenia z tytułu niezdolności do pracy:

Formularz ten należy przedłożyć do wypełnienia lekarzowi, pod którego opieką Pani/ Pan się znajduje.

Jeśli posiada Pani/ Pan dokumentację medyczną z przebiegu leczenia (np. wyniki badań dodatkowych, wypisy lub odpisy historii choroby wydane przez szpital, itp.) prosimy o dołączenie kopii tej dokumentacji do wniosku o świadczenie. Dokumentacja ta będzie wykorzystana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych/ Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wyłącznie dla potrzeb postępowania związanego z ustaleniem prawa do świadczeń, o które Pani/ Pan się ubiega.

2. Informacja dla lekarza sporządzającego opinię lekarską:

Formularz ten należy wypełnić drukowanymi literami lub pismem maszynowym; jeśli jest to możliwe – w języku angielskim.

1. 폴란드 근로불능 관련 연금 청구자 대상 안내:

본인의 담당의사가 동서식을 작성하도록 하시오.

치료 관련 진료 서류(예, 추가 검사 결과, 퇴원 서류 또는 병원에서 발급한 병력 사본 등)가 있다면 연금청구서에 해당 사본을 첨부하십시오. 폴란드 사회보험기관 또는 농업사회보험기금은 해당 서류를 귀하가 청구한 급여수급권 설정을 위해서만 사용하게 됩니다.

2. 의료검진 작성 의사 대상 안내:

동 서식은 활자체 또는 인쇄체로 작성해주십시오 ; 그리고 가능하면 영어로 작성해 주십시오.