

PODROBNÁ LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

Nařízení (EHS) č. 1408/71: články 39 až 41, článek 43a, článek 87

1.1	Instituce, jíž je zpráva určena
1.1.1	Název:
1.1.2	Adresa ⁽²⁾ :
1.1.3	Reference:

1.2.	Vyšetřovaná osoba
1.2.1	Příjmení ⁽³⁾ :
1.2.2	Jméno:
	Dřívější jméno/příjmení ⁽³⁾ :
	Místo narození ⁽⁴⁾ :
1.2.3	Datum narození:
	Pohlaví:
	Státní příslušnost:
	Identifikační číslo ⁽⁵⁾ :
1.2.4	Adresa ⁽²⁾ :
1.2.5	Poslední zaměstnání ⁽⁶⁾ :
1.2.6	Číslo pojistění:
1.2.7	Číslo důchodu:
1.2.8	Číslo spisu:
1.2.9	Datum podání žádosti o důchod:
1.2.10	Datum podání žádosti o přezkoumání na základě zhoršení:

1.3	Lékař, který vystavil zprávu
1.3.1	Příjmení:
	Jméno:
1.3.2	Adresa ⁽²⁾ :
1.3.3	Vyšetřující lékař ⁽⁷⁾ :

1.4	Instituce, která požádala o provedení vyšetření		
1.4.1	Název:		
1.4.2	Adresa ⁽²⁾ :		
1.4.3	Referenční číslo spisu:		
1.4.4	Razítko	1.4.5	Datum:
		1.4.6	Podpis:

Příjmení, jméno: Datum:

- 2.1 Posudek na základě vlastního vyšetření (datum):
- 2.2 Posudek na základě lékařské zprávy (datum):

3. Anamnéza pacienta

- 3.1 Lékařská anamnéza:
- 3.2 Závažné potíže v současnosti:
- 3.2.1 Lékař, který v současné době ošetřuje pacienta:
- 3.3 Nynější léčba:
- 3.4 Sociální vývoj a dřívější zaměstnání (°):
- 3.4.1 Je dotyčná osoba v současné době výdělečně činná?
- Ano Ne Délka pracovní doby (hod.):
- Druh současného zaměstnání:
- 3.4.2 Pracovní úrazy/nemoci z povolání:
- 3.4.3 Druh posledního zaměstnání:
- 3.4.4 Práce neschopen/neschopna Od
Ukončení pracovní činnosti Dne

4. Nálezy

- 4.1 Celkový stav
- Výška cm Váha kg
- Stav výživy dobrý nadváha podváha
- Sliznice:
- Pokožka:
- Psychický stav, nálada:
- Poznámky a připomínky:
- 4.2 Hlava:
- 4.2.1 Zrak:
- 4.2.2 Sluch:
- 4.2.3 Ostatní smyslové orgány:
- 4.3 Krk (vnější nález):
- 4.3.1 Kontrola štítné žlázy:
- 4.3.2 Lymfatické uzliny:
- 4.3.3 Ostatní:
- 4.4 Dýchací orgány:
- 4.5 Oběhový systém:
- 4.5.1 Srdce:
- 4.5.2 Tep:
- 4.5.3 Krevní tlak (v klidu):
- 4.5.4 Krevní tlak (druhé měření):
- 4.5.5 Periferní cévy:
- 4.5.6 Edém:
- 4.5.7 EKG (v klidu):

Příjmení, jméno: Datum:

4.6 Břišní dutina:

4.6.1 Trávicí soustava a s ní spojené orgány v dutině břišní:

4.6.2 Játra:

4.6.3 Slezina:

4.6.4 Endokrinní systém:

4.7 Urogenitální systém:

[Viz strana 4 - grafy]

4.8 Pohybové ústrojí (v případě potřeby použijte neutrálně-nulovou metodu, viz str. 4)

4.8.1 Páteř:

4.8.2 Horní končetiny:

4.8.3 Dolní končetiny:

4.9 Přítomnost lymfatických uzlin:

4.10 Neurologický nález

Pohyb (síla a svalové napětí) (°):

normální špatně pohyblivý zpomalený slabý

Chůze:

normální nemotorná postižení na pravé straně postižení na levé straně

Reflexy:

4.11 Psychoautonomní symptomy nebo psychologicky determinované fyzické symptomy:

4.12 Ostatní (alergie atd.):

5. Testy funkcí a ostatní testy (v případě potřeby)

5.1 Funkce plic:

5.2 Srdeční funkce/cvičení EKG:

5.3 Dopplerova ultrasonografie (srdce a cévy):

5.4 Snímky (udejte datum):

5.4.1 Nálezy v dnešním rentgenovém vyšetření:

5.4.2 Dřívější nálezy/ rentgenová vyšetření provedená někde jinde:

5.4.3 Ultrasonografie (břišní dutina atd.):

5.4.4 MRI a zvláštní vyšetření:

5.5 Laboratorní výsledky:

5.6 Ostatní testy:

6. Dodatečná strana pro další lékařské nálezy (vyplnit pouze v případě potřeby)

7. Diagnóza:
(doporučený kód mezinárodní klasifikace nemocí ICD)

GRAFY

VIZOR

Příjmení, jméno: Datum:

8. Shrnutí:

Průběh nemoci:

Poškození zdraví:

Funkční nedostatky:

Srovnání s předchozí zprávou (ze dne)

zlepšení zhoršení žádná změna

9. Pojištěná osoba je schopna i nadále pravidelně vykonávat tyto druhy prací

- těžkou
 středně těžkou
 lehkou

10. V úvahu by měla být vzata tato omezení

10.1 Dotyčná osoba nemůže provádět práce:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ve vlhkém prostředí | <input type="checkbox"/> v chladném prostředí |
| <input type="checkbox"/> v horku | <input type="checkbox"/> v hlučném prostředí |
| <input type="checkbox"/> v zakouřeném prostředí s plyny a párami | <input type="checkbox"/> na noční směny |
| <input type="checkbox"/> na směny | <input type="checkbox"/> při kterých je nutné časté ohýbání, zvedání a nošení |
| <input type="checkbox"/> při kterých je nutné časté ohýbání, zvedání a nošení | <input type="checkbox"/> při kterých hrozí pád |
| <input type="checkbox"/> při kterých se leze nebo stoupá | |

10.2 Dotyčná osoba může vykonávat práce pouze za těchto podmínek:

- | | |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pouze vsedě | <input type="checkbox"/> pouze s dodatečnými přestávkami |
| <input type="checkbox"/> pouze v místnosti | (navíc k obvyklým přestávkám) |
| | počet a délka přestávek |
| <input type="checkbox"/> pouze při měnění tělesných poloh | <input type="checkbox"/> za střídání chůze, stání a sezení |
| <input type="checkbox"/> bez časového nátlaku | |

10.3 Pracovní výkon je omezen, protože pojištěná osoba má omezenou funkci smyslových orgánů, rukou atd.

je alergická na

11. Doplnující otázky

11.1 Může pojištěná osoba pracovat u obrazovky?

Ano Ne

Pokud ne, uveďte důvod:

11.2 Může pojištěná osoba pracovat bez pomoci jiné osoby na pracovišti?

Ano Ne

Pokud ne, uveďte důvod:

11.3 Může pojištěná osoba pracovat bez pomoci jiné osoby doma?

Ano Ne

Pokud ne, uveďte důvod:

Příjmení, jméno: Datum:

11.4 Může pojištěná osoba pracovat na plný úvazek ve své poslední profesi?
 Ano Ne
 Pokud ne, uveďte maximální pracovní dobu (v hodinách nebo procentech pracovního dne):

11.5 Může dotyčná osoba vykonávat přizpůsobenou práci?
 Ano Ne
 Pokud ano, uveďte příklady přizpůsobené práce:

11.6 Může dotyčná osoba vykonávat přizpůsobenou práci na plný úvazek?
 Ano Ne
 Pokud ne, uveďte maximální pracovní dobu (v hodinách nebo procentech pracovního dne):

11.7 Invalidita znemožňující výkon posledního zaměstnání je podle právních předpisů země pobytu
 úplná částečná
 Pokud částečná, uveďte stupeň:
 (netýká se Německa, Nizozemska a Polska)

11.8 Stupeň invalidity pro jakoukoli jinou činnost vzhledem ke schopnostem dotčené osoby podle právních předpisů země trvalého pobytu:
 (netýká se Irska, Lucemburska, Německa a Nizozemska)

11.9 Kategorie invalidity podle právních předpisů země trvalého pobytu:
 (vyplňte pouze v případě, kdy byla lékařská prohlídka provedena v souvislosti s rozhodnutím týkajícím se žádosti o invalidní důchod)
 (netýká se Německa a Nizozemska)

11.10 Zjištěná omezení:
 jsou trvalá od
 jsou dočasná od do

11.11 Je možné zlepšit současný zdravotní stav?
 Ano Ne Nelze říci
 Pokud ano, uveďte opatření:

11.12 Existuje možnost, jak zlepšit pracovní schopnost prostřednictvím
 lékařské terapie
 odborného vzdělávání
 Ano Ne Nelze říci

12. Je v budoucnosti nutné nové vyšetření?

 Ano Ne

Pokud ano, uveďte kdy:

Razítko

Datum:

Podpis lékaře:

POKYNY

Vyplňte tento formulář hůlkovým písmem nebo na psacím stroji.

Formulář se skládá ze sedmi stran, z nichž žádnou nelze vypustit, i když neobsahuje žádné relevantní informace.

POZNÁMKY

- (1) BE = Belgie; CZ = Česká republika; DK = Dánsko; DE = Německo; EE = Estonsko; GR = Řecko; ES = Španělsko; FR = Francie; IE = Irsko; IT = Itálie; CY = Kypř; LV = Lotyšsko; LT = Litva; LU = Lucembursko; HU = Maďarsko; MT = Malta; NL = Nizozemsko; AT = Rakousko; PL = Polsko; PT = Portugalsko; SI = Slovinsko; SK = Slovensko; FI = Finsko; SE = Švédsko; UK = Spojené království; IS = Island; LI = Lichtenštejnsko; NO = Norsko; CH = Švýcarsko.
- (2) Ulice, číslo, PSČ, město, země, telefonní číslo.
- (3) V případě španělských státních příslušníků uveďte obě jména.
U osob s portugalskou státní příslušností uveďte všechna jména (jméno, příjmení, dívčí jméno) v pořadí občanského stavu, v jakém jsou uvedena v dokladu totožnosti nebo v cestovním pase.
- (4) V případě portugalských distriktů uveďte také farnost a místní úřad.
- (5) Má-li být tento formulář zaslán české instituci, uveďte české rodné číslo; má-li být zaslán kyperské instituci, v případě kyperských státních příslušníků uveďte kyperské identifikační číslo nebo v případě cizinců číslo ARC (Alien Registration Certificate); v případě dánské instituce uveďte číslo CPR; v případě finské instituce uveďte finské populační registrační číslo; v případě švédské instituce uveďte švédské osobní číslo (personnummer); v případě islandské instituce uveďte islandské osobní identifikační číslo (kennitala); v případě lichtenštejnské instituce uveďte číslo pojištění AHV; v případě litevské instituce uveďte osobní identifikační číslo; v případě lotyšské instituce uveďte identifikační číslo; v případě maďarské instituce uveďte číslo TAJ; v případě maltské instituce v případě maltských státních příslušníků uveďte číslo průkazu totožnosti nebo v případě cizinců maltské číslo sociálního zabezpečení; v případě norské instituce uveďte norské osobní identifikační číslo (fødselsnummer); v případě belgické instituce uveďte národní číslo sociálního zabezpečení (NISS); v případě německé instituce v rámci systému důchodového pojištění uveďte číslo pojištění (VSNR) a v případě instituce v rámci systému sociálního zabezpečení pro státní zaměstnance uveďte osobní identifikační číslo (PRS-Kenn-Nr); pro španělské instituce u osob španělské státní příslušnosti uveďte číslo uvedené na národním průkazu totožnosti (D.N.I.) nebo v případě cizinců N.I.E, pokud existuje, a to i tehdy, když je průkaz totožnosti prošlý. Pokud neexistují, uveďte „žádné“. V případě rakouské instituce uveďte rakouské číslo pojištění (VSNR); v případě polské instituce uveďte v případě osoby, která žádá nebo získala právo důchod od polského systému sociálního zabezpečení, referenční číslo důchodového souboru, nebo v případě osoby, která žádá o polský důchod poprvé, uveďte čísla PESEL a NIP nebo NKP (číslo NKP - podléhá-li dotčená osoba sociálnímu pojištění pro zemědělce), případně sériové číslo a číslo průkazu totožnosti nebo pasu; v případě portugalské instituce uveďte registrační číslo pro všeobecný důchodový systém, a případně jestli dotčená osoba byla pojištěna podle systému sociálního zabezpečení pro státní zaměstnance v Portugalsku; v případě slovenské instituce uveďte rodné číslo; v případě slovenské instituce uveďte osobní identifikační číslo (EMŠO); v případě švýcarské instituce uveďte číslo pojištění AVS/AI (AHV/IV). Pokud neexistují, uveďte
- (6) Uveďte pokud možno veškerá zaměstnání, která pojištěná osoba vykonávala. Tato informace se uvádí po prohlášení dotčené osoby. Případně přiložte zvláštní strany.
- (7) Netýká se Norska.
- (8) Pro účely polských institucí vyplňte bod 1 na „dodatečné straně č. 4“.

DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE PRO ÚČELY NIZOZEMSKÝCH INSTITUCÍ

Otázky	Odpovědi				
	Ne	Výjimečně	Někdy	Pravidelně	Neomezeně
Je pojištěná osoba schopna					
1. sedět					
2. stát					
3. chodit					
4. klečet/lézt/dřepět					
5. pracovat v předklonu					
6. sklánět se nebo často se otáčet					
7. namáhat šiji					
8. držet rozpažené ruce					
9. držet ruce vzhůru					
10. používat své ruce/prsty					
11. zdvíhat a nosit max ... kg					
12. pracovat při:					
- náhlých teplotních změnách					
- při vysoké vlhkosti (> 90 %)					
- při nízké vlhkosti (> 35 %)					
- při značných klimatických změnách					
13. zvládat intenzivní kontakt s pevnými a kapalnými látkami					
14. snášet vibrace					
15. nosit ochrannou výstroj					
16. zvládat náročné pracovní nasazení					
17. snášet nečinnost					
18. zvládat sporné úkoly vznikající při její práci					
19. zvládat konfliktní situace					
20. vykonávat jednotvárnou činnost					
21. vykonávat cyklicky se opakující činnost					
22. snášet odpovědnost					
23. pracovat nezávisle					
24. spolupracovat					

DODATEČNÁ STRANA PRO ÚČELY INSTITUCÍ SPOJENÉHO KRÁLOVSTVÍ

A. Vyplňte v každém případě

1. Jméno a adresa lékaře osoby uvedené v bodě 1.2

.....

B. Vyplňte v případech, kdy má osoba psychické zdravotní problémy

2. Zaškrtněte jedno z níže uvedených okének, pokud příslušná osoba má některou z následujících chorob nebo omezení:

- duševní chorobou (upřesněte)
- značný stupeň poruchy osobnosti
- vážná neschopnost učení
- alkoholismus nebo drogová závislost
- porucha funkce mozku jako důsledek organického onemocnění nebo traumatického poranění mozku

Pokud jste zaškrtnli některé z výše uvedených okének, vyplňte části 3 až 7.

3. Projevili se u této osoby během posledních šesti měsíců paranoidní rysy, halucinace, nebo jiné psychotické příznaky/chování?

Ano Ne

4. Užívá osoba neuroleptické léky a/nebo léky měnící náladu, které mohou být podávány orálně nebo nitrožilně (dlouhodobá léčba formou injekcí)?

Ano Ne

5. Potřebuje dotyčná osoba v důsledku podmínek zaškrtnutých ve výše uvedeném bodě 2 trvalou péči nebo dohled?

Ano Ne

Pokud „ano“, je dotyčná osoba v domácí nebo ústavní péči?

doma v ústavní péči

6. Dochází dotyčná osoba alespoň jednou týdně do střediska denní péče (kde je k dispozici kvalifikovaná ošetrovatelská péče)?

Ano Ne

7. Jméno a adresa konzultujícího psychiatra:

.....

8. Uveďte jakékoliv poznámky, které mohou napomoci k určení závažnosti duševních zdravotních problémů dotyčné osoby, a to i v případě, že jste nezaškrtnli žádné okénko v části 2:

.....

DODATEČNÁ STRANA PRO ÚČELY NORSKÝCH INSTITUCÍ

1 Existují jiné než zdravotní důvody k pracovní neschopnosti (jaké a do jaké míry tuto pracovní neschopnost zavinily):

2 V období, které předcházelo současné neschopnosti, vykonával pacient částečnou domácí činnost a byl částečně zaměstnán/ vykonával nezávisle výtěžnou činnost?

Ano

Ne

3 Vzhledem k této nemoci vznikají tomuto pacientovi trvalé zvláštní výdaje na přemístování, diety atd., které nejsou zcela nebo částečně kryty systémem sociálního zabezpečení?

Ano

Ne

Pokud „ano“, uveďte druhy a výše zvláštních výdajů:

VIVOR

DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE PRO ÚČELY POLSKÝCH INSTITUCÍ

1. Informace týkající se položky 4.10 „neurologické vyšetření“:

Svalové napětí normální zvýšené snížené
 Svalová síla: normální snížená (adynamie)

Pohyblivost:

2. Omezená funkčnost orgánů byla způsobena:

- pracovním úrazem?
 úrazem při cestě z nebo do práce?
 úrazem, ke kterému došlo za zvláštních okolností?
 úrazem ve službě?

Datum úrazu:

nemocí z povolání?

Datum zjištění nemoci z povolání:

dalšími okolnostmi (uveďte podrobnosti):

.....

3.1 Je vyšetřovaná osoba trvale nebo dlouhodobě závislá na pomoci ostatních?

- Ne Ano - pokud jde o:
- domácí mobilitu
 - samostatný příjem potravy
 - osobní hygienu
 - vykonávání tělesných funkcí
 - zvládnání každodenních činností mimo domov

3.2 Je duševní stav vyšetřované osoby důvodem k trvalé nebo dlouhodobé závislosti na pomoci ostatních?

Ne Ano, protože:

.....

4. Vyplňte v případech, kdy má osoba psychické zdravotní problémy

4.1 Zaškrtněte jedno z níže uvedených okének, pokud příslušná osoba má některou z následujících chorob nebo omezení:

- duševní choroba (upřesněte):
- značný stupeň poruchy osobnosti
- vážná neschopnost učení
- alkoholismus nebo drogová závislost
- porucha funkce mozku jako důsledek organického onemocnění nebo traumatického poranění mozku

Pokud jste zaškrtnli některé z výše uvedených okének, vyplňte části 4.2 až 4.6.

E 213 dodatečná strana č. 4 PL (pokračování)

4.2 Projevily se u této osoby během posledních šesti měsíců paranoidní rysy, halucinace, nebo jiné psychotické příznaky/chování?

Ano Ne

4.3 Užívá osoba neuroleptické léky a/nebo léky měnící náladu, které mohou být podávány orálně nebo nitrožilně (dlouhodobá léčba formou injekcí)?

Ano Ne

4.4 Potřebuje dotyčná osoba v důsledku podmínek zaškrtnutých ve výše uvedeném bodě 4.1 trvalou péči nebo dohled?

Ano Ne

Pokud „ano“, je dotyčná osoba v domácí nebo ústavní péči?

Doma V ústavní péči

4.5 Dochází dotyčná osoba alespoň jednou týdně do střediska denní péče (kde je k dispozici kvalifikovaná ošetrovatelská péče)?

Ano Ne

4.6 Jméno a adresa konzultujícího psychiatra:

.....
.....

4.7 Uvedte jakékoli poznámky, které mohou napomoci k určení závažnosti duševních zdravotních problémů dotyčné osoby, a to i v případě, že jste nezaškrtnli žádné okénko v části 4.1:

.....
.....

DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE PRO ÚČELY MAĎARSKÝCH INSTITUCÍ

1. Potřebuje dotčená osoba trvalou péči nebo dohled?

Ano Ne

Pokud „ano“, je dotčená osoba v domácí nebo ústavní péči?

domácí péče ústavní péče

2. Při jakých činnostech potřebuje dotčená osoba pomoc?

.....

3. Potřebuje dotčená osoba nějaké terapeutické přístroje?

Ano Ne

Pokud „ano“, jaké?

.....