

.....  
 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/ *General appearance*:  zdrowy/ *healthy*  chorowity/ *unhealthy*

Budowa ciała/ *Body build*:  prawidłowa/ *regular*  nieprawidłowa/ *irregular*

Postawa/ *Posture*:  prawidłowa/ *regular*  nieprawidłowa/ *irregular*

Chód/ *Gait*:  sprawny/ *regular*  utrudniony/ *dysbasia*

Ruchy/ *Movements*:  swobodne/ *regular*  powolne/ *slow*  niedołączne/ *indolen*  
 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/ *redden*  
 sine/ *blue*  inne zmiany/ *other changes*

Węzły chłonne/ *Lymph nodes*:  niepowiększone/ *standard*  powiększone/ *enlarged*

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



**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* .....



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