# Medical Assessment Form (Form B)

**Application Number (if available)……………………………………………...**

|  |  |
| --- | --- |
| Wnioskodawcy |  |
| Adres |  |
|  |  |
| Płeć |  |
| Stan cywilny |  |
| Data urodzenia |  |
| Zawód |  |
| Obecnie pracuje | Tak  | Nie |
| Wzrost |  |
| Waga |  |
| Prawo-/Leworęczny |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data wypadku |  |
| Data badania |  |

**Krótki opis wypadku / zdarzenia**

|  |
| --- |
|  |

## Odniesione obrażenia (łącznie z informacjami diagnostycznymi)

|  |
| --- |
|  |
| Pierwszy kontakt z opieką med. |  |
| Od kogo pierszego otrzymano opiekę medyczną |  |
| Czy pacjen był hospitalizowany |  |
| Gdzie był pacjent hospitalizowany |  |
| Okres hospitalizacji |  |
| Okres na zwolnieniu chorobowym |  |
| Liczba wizyt u lekarza rodzinnego |  |
| Liczba wizyt u specjalisty (jeśli były) |  |
| Dane specjalisty (jeśli był) |  |
|  |
|  |
| Liczbba sesji fizjoterapii, jeśli była |  |
| Leczenie / Badania do dnia dzisiejszego |
|  |

**Istotna historia medyczna (łącznie z poprzednimi i następnymi wypadkami)**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Pogorszenie stanu istniejącego przed wypadkiem? | Tak Nie |
| Jeśli tak, proszę podać szczegóły stannu istniejącego przed wypadkiem?  |  |
| Historia poprzednich wypadków, jeśli były? |  |
| Czy stan istniejący przed wypadkiem był symptomatyczny? |  |

**Obecne symptomy**

|  |
| --- |
|  |

### Kliniczne wyniki badania

|  |
| --- |
|  |

Kliniczny opis efektów choroby/wypadku/niepełnosprawności wnioskodawcy

Prosimy by lekarz oznaczył stopień, jeśli jakikolwiek, wpływu stanu Wnioskodawcy na jegoi możliwości w następujących sferach:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Normal** | **Mild** | **Moderate** | **Severe** | **Profound** |
| Zdrowie psychiczne |  |  |  |  |  |
| Nauka/inteligencja |  |  |  |  |  |
| Przytomność/napady |  |  |  |  |  |
| Balans/koordynacja |  |  |  |  |  |
| Wzrok |  |  |  |  |  |
| Słuch |  |  |  |  |  |
| Mowa |  |  |  |  |  |
| Trzymanie kału i moczu |  |  |  |  |  |
| Wysięganie |  |  |  |  |  |
| Zdolność manualna |  |  |  |  |  |
| Podnoszenie/noszenie |  |  |  |  |  |
| Schylanie/klękanie/kucanie |  |  |  |  |  |
| Siedzenie |  |  |  |  |  |
| Stanie |  |  |  |  |  |
| Wchodzenie po schodach |  |  |  |  |  |
| Chodzenie |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Przewidywane leczenie potrzebne w przyszłości** |
|  |

**Opinia/komentarz/najnowsza prognoza**

|  |
| --- |
| Czy obrażeia są spójne z mechanizmem wypadku?Jeśli nie, proszę podać szczegóły |
| Czy dalsze badania są potrzebne?Jeśli nie, proszę podać szczegóły |
| Czy spodziewane jest pełne odzyskanie sprawności?Jeśli nie, proszę podać spodziewany wpływ na życie / pracę.  |
| Proszę podać spodziewany okres powrotu do pełnego zdrowia |
| Czy spodziewane są późne komplikacje?Jeśli tak, proszę podać szczegóły  |
| Are further Specialist reports recommended?If so please specify |
| **Ogólny komnetarz i obserwacje (podsumowanie)** |
|  |

**Uzupełnione przez**

|  |
| --- |
| **Podpis lekarza** **oraz imię i nazwisko drukowanymi:** |
| **Adres:** |
| **Kwalifikacje:** |
| **Data wypełnienia:** |