

# 장애진단서 / Raport Medyczny

PL-KR 5A

\* 영어로 작성해 주시오/Proszę o wypełnienie formularza w j. angielskim

## A. 가입자 또는 청구인 작성란 / DO WYPEŁNIENIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO / OSOBĘ SKŁADAJĄCĄ WNIOSEK

1) 가입자 성명/ Ubezpieczony	이름/ Imiona	성/Nazwisko
2) 전화번호(지역번호)/ Numer telefonu (wraz z numerem kierunkowym)		3) 전자우편 주소/ e-mail:
4) 한국 국민연금번호/ Koreański Numer Ubezpieczeniowy		
5) 주소 / Adres do korespondencji		

(의사 성명) 본인은 한국 국민연금제도에 의한 장애연금 수급권 결정을 위해 \_\_\_\_\_ 에게 본인의 청구서와 관련하여 모든 의료정보를 한국 국민연금공단에 제공하도록 위임합니다.

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.

가입자 또는 청구인의 서명 \_\_\_\_\_ 서명일 \_\_\_\_\_ 월/месіаc 일/дзіеń 년/rok  
 Podpis osoby ubezpieczonej/składającej wniosek \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## B. 의사 작성란 / DO WYPEŁNIENIA PRZEZ LEKARZA

귀하의 환자는 한국 국민연금법에 따라 장애연금을 청구하고, 귀하에게 자신의 장애진단을 의뢰하였습니다. 귀하의 환자에 대한 장애연금이 정확히 지급될 수 있도록 모든 질문에 정확히 답변하여 주십시오. 접수된 자료는 귀하의 환자의 장애연금액 산정을 위해서만 사용되고, 한국 법령의 보호를 받게 됩니다.

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. 장애의 원인이 되는 상병명 / Choroba lub uraz jako przyczyna niepełnosprawności		2. 장애 발생일 / Początek niepełnosprawności (data)	월/месіаc 일/дзіеń 년/rok
3. 초진일 <sup>a)</sup> / Data pierwszego badania	월/месіаc 일/дзіеń 년/rok	4. 완치일 <sup>b)</sup> / Data wyleczenia	월/месіаc 일/дзіеń 년/rok
5. 장애부위/ Rodzaj niepełnosprawności		6. 영구장애 여부 / Trwała niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> 예/ Tak <input type="checkbox"/> 아니오/ Nie

a) “초진일”이란, 귀하의 환자가 장애의 원인이 된 질병 또는 부상에 관하여 처음으로 진찰을 받은 날을 의미합니다./

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) “완치일”이란, 질병 또는 부상이 의학적으로 치료되었거나 장애가 고정되고 의학적인 치료로도 개선될 가능성이 없는 날을 의미합니다. /

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. 진단병명 / Diagnoza (Diagnozy)

\* 현재까지 치료한 내용을 모두 기재하십시오. /

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. 장애상태(기준일) / Obecny stopień niepełnosprawności (/miesiąc /dzień /rok)

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

\* 기준일(/miesiąc /dzień /rok)

- 장애가 초진일로부터 1년 6개월 이내에 완치된 경우 : 완치일 /

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

Data wyleczenia.

- 장애가 초진일로부터 1년 6개월이 경과하여도 완치되지 아니한 경우 : 초진일로부터 1년 6개월 경과시점 및 현재시점 /

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. 현 질병과 관련된 종전의 또는 중요한 질병 내역 / Historia choroby

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

**10. 입원 / Hospitalizacja**

\* 의료기관 명, 최근 2 년간 입원일수, 입원사유, 치료내역 /

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

**11. 최근 진료검사에 대한 의견 / Aktualne badania, obserwacje oraz wnioski**

\* 측정할 수 있는 기능상의 장애가 있는 경우, 자세하게 기재하십시오 /

Prosimy o odnotowanie wszystkich stwierdzonych ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu.

**12. 진단서, 검사서, X 선 필름 등 목록 / Odnoszące się do sprawy opinie lekarskie, wyniki badań laboratoryjnych, zdjęcia rentgenowskie**

\* 귀하가 첨부물을 송부한 경우, 첨부물을 돌려 받기를 희망합니까 ? /

Czy życzą sobie Państwo zwrotu przesłanych załączników?

예 /Tak

아니오 /Nie

**13. 현재 치료 / Aktualne leczenie**

**14. 최종의견/ Ostateczna opinia**

**a. 요약 및 전망 / Podsumowanie oraz rokowania**

\* 향후 치료계획 등이 있으면 기재하십시오. /

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

**b. 노동능력 또는 일상생활 능력에 대한 의견 / Opinia na temat zdolności do pracy i codziennej egzystencji.**

해당사항에 (x) 표기하시오. / Prosimy o zaznaczenie właściwego punktu (X).

- 노동활동 불능으로 상시개호 필요 / Osoba jest niezdolna do jakiegokolwiek pracy, wymaga stałej opieki i nadzoru.
- 노동능력의 고도한 제한 / W wysokim stopniu ograniczona zdolność do pracy
- 노동능력의 현저한 제한 / Znacznie ograniczona zdolność do pracy
- 노동능력의 경미한 제한 / Nieznacznie ograniczona zdolność do pracy
- 일반 노동능력 유지 / Zachowana zdolność do pracy

병원의 이름/ Nazwa szpitala		전화번호/ Numer telefonu (wraz z numerem kierunkowym)	
의사의 이름/ Imię i nazwisko lekarza		전자우편 주소 / e-mail:	
주소/ Adres do korespondencji	(우편번호/Kod pocztowy)		
서명/ Podpis  _____	월/miesiąc 일/dzień 년/rok  날짜 / 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"><li>1. Pogorszenie widzenia w obu oczach poniżej 0.02</li><li>2. Całkowite upośledzenie obu rąk</li><li>3. Całkowite upośledzenie obu nóg</li><li>4. Utrata obu rąk w stawie nadgarstkowym lub powyżej</li><li>5. Utrata obu nóg w stawie skokowym lub powyżej</li><li>6. Upośledzenie fizyczne niewymienione w punktach 1 - 5, skutkujące niezdolnością do jakiegokolwiek pracy i potrzebą stałej opieki</li><li>7. Upośledzenie umysłowe lub upośledzenie układu nerwowego skutkujące niezdolnością do jakiegokolwiek pracy i potrzebą stałej opieki lub nadzoru</li><li>8. 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</li></ol>

## B. Drugi stopień

STAN NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pogorszenie widzenia w obu oczach poniżej 0.06</li><li>2. Pogorszenie widzenia w jednym oku poniżej 0.02 a w drugim poniżej 0.1</li><li>3. Utrata zdolności przeżuwania i mowy</li><li>4. Poważne upośledzenie funkcji kręgosłupa</li><li>5. Utrata jednej ręki w stawie nadgarstkowym lub powyżej</li><li>6. Utrata jednej nogi w stawie skokowym lub powyżej</li><li>7. Całkowite upośledzenie jednej ręki</li><li>8. Całkowite upośledzenie jednej nogi</li><li>9. Utrata lub całkowite upośledzenie wszystkich palców obu rąk</li><li>10. Utrata obu stóp w stawie Lisfranka lub powyżej</li><li>11. Upośledzenie fizyczne niewymienione w punktach 1 - 10, skutkujące poważnym ograniczeniem zdolności do pracy</li><li>12. Upośledzenie umysłowe lub upośledzenie układu nerwowego skutkujące niezdolnością do jakiegokolwiek pracy</li><li>13. 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</li></ol>

### 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.