

**KWESTIONARIUSZ OCENY STANU ZDROWIA****Instrukcja wypełniania**

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

W związku z koniecznością wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika, wypełnij ten kwestionariusz. Dotyczy on Twojego stanu zdrowia. Twoje odpowiedzi pomogą przy wydawaniu orzeczenia.

**Dane osobowe**

Imię i nazwisko

Wiek

Zawód

Ostatnio wykonywana praca (od kiedy)

Czy aktualnie jesteś aktywny/ aktywna zawodowo?  TAK  NIE

Jeśli NIE podaj przyczynę zaprzestania pracy zarobkowej

**Jak oceniasz swój stan zdrowia?**

- bardzo zły (nie jestem w stanie samodzielnie funkcjonować, wymagam pomocy innych osób)
- średni (mam dolegliwości, które utrudniają mi wykonywanie pracy)
- dobry

**Wymień choroby, z powodu których się leczysz i aktualnie przyjmowane leki****Wymień główne dolegliwości, które utrudniają Ci codzienne funkcjonowanie i wykonywanie pracy oraz podaj jak często występują**

## Które czynności sprawiają Ci największą trudność

stanie       chodzenie       zmiana pozycji ciała (np. wstawanie z pozycji siedzącej, wstawanie z pozycji leżącej, siadanie)

pochylanie się       wchodzenie i schodzenie ze schodów       dźwiganie ciężarów

inne (wymień jakie?)

## Czy odczuwasz bóle głowy?

TAK

NIE

Jeśli TAK, opisz jak często, jak długo trwają, czy towarzyszą im dodatkowe objawy, po jakich lekach ustępują

## Czy masz kłopoty ze wzrokiem?

TAK

NIE

Jeśli TAK, opisz je i podaj od kiedy występują

## Czy masz kłopoty ze słuchem?

TAK

NIE

Jeśli TAK, opisz je i podaj od kiedy występują

## Czy miewasz bóle w klatce piersiowej?

TAK

NIE

Jeśli TAK, opisz jak często, jak długo trwają, czy mają związek z wysiłkiem, czy towarzyszą im dodatkowe objawy, po jakich lekach ustępują

Czy miewasz uczucie duszności?

TAK

NIE

Jeśli TAK, wskaż w jakich okolicznościach występuje:

w spoczynku

po niewielkim wysiłku

po znacznym wysiłku

po zdenerwowaniu

Jeśli TAK, opisz jak często napady duszności występują, jak długo trwają, po jakich lekach ustępują

**Oceń swoją wydolność**

potrafię bez trudu przejść szybkim krokiem 300 metrów lub wejść na drugie piętro

po przejściu szybkim krokiem 200 metrów i po wejściu na pierwsze piętro odczuwam zadyszkę

męczę się, gdy wykonuję proste czynności domowe

nie jestem w stanie wykonać żadnych czynności, nawet podstawowych

Czy miewasz bóle brzucha?

TAK

NIE

Jeśli TAK, opisz jak często, jak długo trwają, czy towarzyszą im dodatkowe objawy, po jakich lekach ustępują

Czy masz problemy z oddawaniem moczu?

TAK

NIE

Jeśli TAK, opisz jakie

Czy odczuwasz osłabienie siły mięśni?

TAK

NIE

Jeśli TAK, opisz te dolegliwości

Czy masz problemy z pamięcią?

TAK

NIE

Jeśli TAK, opisz jakie

Czy sądzisz, że masz problemy ze zdrowiem psychicznym?

TAK

NIE

Jeśli TAK, opisz jakie

Co jeszcze chcesz dodać na temat swojego stanu zdrowia?

Data

dd	/	mm	/	rrrr					

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>