

# Ewaluacja medyczna po 8 tygodniach



**Prosimy o dostarczenie tego formularza Państwa lekarzowi prowadzącemu. NAV nie pokrywa wydatków związanych z wypełnieniem tego formularza. Jeśli nie zostanie uzupełniony cały formularz, stracą Państwo prawo do zasiłku chorobowego po 8 tygodniach.**

- Aby mieć prawo do zasiłku chorobowego w Norwegii, osoba przebywająca na zwolnieniu musi wykonywać działalność związaną z pracą. Powyższe nie ma zastosowania, jeśli pacjent nie może pracować ze względów medycznych. W Norwegii można pracować w niepełnym wymiarze. Jeśli jesteś zdania, że pacjent może pracować w niepełnym wymiarze, należy o tym poinformować.
- Jeśli pacjent ma pracodawcę, musisz zapytać pacjenta, czy pracodawca jest w stanie przystosować zakres obowiązku do stanu pacjenta.
- Jeśli pacjent nie ma pracodawcy, musisz ocenić jakie są przeciwwskazania do szukania pracy przez pacjenta. Osoba zgłoszona do zwolnienia chorobowego musi być w pełni niezdolna do jakiegokolwiek pracy, a nie tylko do pracy w ostatnim wykonywanym przez siebie zawodzie.
- Prosimy o wypełnienie informacji kontaktowych poniżej. Musisz pamiętać, żeby złożyć podpis oraz pieczętkę na formularzu. Podczas wypełniania formularza, prosimy o używanie dużych liter.

<b>Dane pacjenta</b>	
Nazwisko pacjenta	
Norweski numer osobowy	
Diagnoza	
Czy NAV musi ocenić uraz w wyniku wykonywania pracy?	Jeśli tak, podaj datę doznania urazu:
<b>Plan ewaluacji medycznej oraz leczenia</b>	
Czy pacjent jest w trakcie ewaluacji?	Tak <input type="checkbox"/> Jakiego rodzaju:  Nie <input type="checkbox"/>
Czy pacjent zażywa leki?	Tak <input type="checkbox"/> Okres zażywania leków:  Prognoza:  Nie <input type="checkbox"/>

<p>Czy pacjent otrzymuje inne leczenie? Napisz, jakiego rodzaju leczenie pacjent otrzymuje (na przykład fizjoterapeutyczne, psychologiczne, rehabilitacja)</p>	<p>Tak <input type="checkbox"/> Jakiego rodzaju:</p> <p style="text-align: center;">Jak często: Czas trwania: Prognoza:</p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Ewaluacja medyczna zdolności funkcjonalnych oraz do wykonywania pracy</b></p>	
<p>Co pacjent może zrobić we własnym zakresie, aby poprawić swoją sytuację zdrowotną?</p>	
<p>Opisz tak dokładnie, jak to możliwe, których czynności życia codziennego pacjent nie może wykonywać.</p>	
<p><b>Pacjent posiadający pracodawcę</b></p>	
<p>Jakiego typu zadania pacjent może wykonywać w miejscu pracy?</p>	
<p>Jakie czynności przystosowawcze należy wykonać, aby chory mógł wrócić do pracy?</p>	
<p>Jeśli należy wykonać czynności przystosowawcze: Czy pacjent może pracować w niepełnym wymiarze, i ewentualnie od kiedy?</p>	
<p>Czy pacjent będzie mógł wrócić do swojego miejsca pracy po zakończeniu leczenia?</p>	
<p>Czy pacjent może podjąć inną pracę?</p>	

<b>Pacjent nie posiadający pracodawcy</b>	
Jeśli uważasz, że pacjent tymczasowo nie jest w stanie szukać pracy, napisz dlaczego.	
Jaki rodzaj pracy pacjent może wykonywać pomimo choroby?	
Kiedy, w Twojej opinii, pacjent może zacząć szukać pracy?	
<b>Pieczęć i podpis lekarza</b>	
Nazwisko, adres i numer telefonu lekarza	
Data i pieczęć	