

대한민국과 체코공화국 간 사회보장협정
SMLOUVA O SOCIÁLNÍM ZABEZPEČENÍ MEZI KOREJSKOU
REPUBLIKOU A ČESKOU REPUBLIKOU

KR-CZ 2A

장애진단서 / Lékařská zpráva

A. 가입자 또는 청구인 작성란 / VYPLNÍ POJIŠTĚNEC/ŽADATEL

1) 가입자 성명/ Jméno pojištěnce	이름/ Křestní jméno		성/ Příjmení
2) 전화번호(지역번호)/ Telefonní číslo (včetně předvolby)	3) 전자우편 주소/ E-mailová adresa		
4) 한국 국민연금번호/ Korejské nár. číslo důch. pojištění	5) 체코사회보험번호/ Rodné číslo v ČR		
6) 주 소/ Kontaktní adresa			

(의사 성명)

본인은 한국 국민연금제도에 의한 장애연금 수급권 결정을 위해 _____ 에게 본인의 청구서와 관련하여 모든 의료정보를 한국 국민연금공단에 제공하도록 위임합니다.

Zmocňuji tímto MUDr. _____ (jméno lékaře), aby v souvislosti s mojí žádostí sdělil korejské Národní důchodové službě jakékoli informace o mém zdravotním stavu, které jsou potřebné k posouzení, zda jsem invalidní podle Korejského národního důchodového systému.

가입자 또는 청구인의 서명 _____ 서명일 _____ 일/D 월/M 연/R
Podpis pojištěnce/žadatele _____ Datum podpisu

B. 의사 작성란/ VYPLNÍ LÉKAŘ

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.

Váš pacient žádá o přiznání invalidního důchodu z Korejského národního důchodového systému a poskytl Vám zmocnění ke sdělení informací o jeho zdravotním stavu. Prosím, vyplňte následující údaje, které nám umožní posoudit invaliditu. Prosím, vyplňte čitelně perem. Informace, které poskytnete, budou použity výhradně pro účely posouzení nároku Vašeho pacienta na invalidní důchod z korejského systému, a budou chráněny podle korejských právních předpisů.

1. 장애의 원인이 되는 상병명 / Název nemoci nebo zranění způsobující pracovní neschopnost		2. 장애 발생일 / Datum počátku pracovní neschopnosti	일/den 월/měsíc 연/rok
3. 초진일 ^{a)} / Datum prvního lékařského vyšetření	일/D 월/M 연/R	4. 완치일 ^{b)} / Datum ukončení léčby	일/D 월/M 연/R
5. 장애부위/ Oblast postižení		6. 영구신체장애 여부/ Trvalé zdravotní postižení	<input type="checkbox"/> 예/ ano <input type="checkbox"/> 아니오/ ne

- a) “초진일”이란, 귀하의 환자가 장애의 원인이 된 질병 또는 부상에 관하여 처음으로 진찰을 받은 날을 의미합니다./ Datum prvního vyšetření znamená datum, kdy pacient byl poprvé vyšetřen lékařem pokud jde o nemoc nebo zranění, která způsobila jeho pracovní neschopnost.
- b) “완치일”이란, 질병 또는 부상이 의학적으로 치료되었거나 장애가 고정되고 의학적인 치료로도 개선될 가능성이 없는 날을 의미합니다./ Datum ukončení léčby znamená datum, kdy byla nemoc nebo zranění medicínsky vyléčeno, nebo kdy nemoc či zranění bylo stabilizováno do stavu, kdy nelze očekávat, že další léčba bude účinná.

7. 진단병명 / Diagnóza(y)

* 현재까지 치료한 내용을 모두 기재하십시오. / Prosím popište podrobně lékařská vyšetření a procedury, které byly dosud vykonány. Prosím upřesněte dobu léčení, názvy a data procedur, typ léčby atd.

* 검진결과를 첨부해주십시오. / Výsledky vyšetření v originále nebo jejich ověřené kopie doložte v příloze.

8. 장애상태(기준일) / Současný stav pracovní neschopnosti (*ke dni,měsíci,roku)

Prosím, popište podrobně všechny klinické symptomy a stav pracovní neschopnosti. V případě potřeby vyjádřete pomocí diagramu nebo obrázku.

- 장애가 초진일로부터 1년 6개월 이내에 완치된 경우 : 완치일 / Pokud byla pracovní neschopnost plně vyléčena během jednoho a půl roku od první lékařské prohlídky: Uveďte datum ukončení léčby.
- 장애가 초진일로부터 1년 6개월이 경과하여도 완치되지 아니한 경우 : 초진일로부터 1년 6개월 경과일 및 이 장애진단서 작성일 / Pokud pracovní neschopnost nebyla plně vyléčena během jednoho a půl roku od první lékařské prohlídky: Datum vyplnění této zprávy:

9. 현 질병과 관련된 종전의 또는 중요한 질병 내역 / Související nebo podstatná předchozí lékařská anamnéza

Prosím, uveďte název diagnózy, datum vzniku a její současný stav atd.

10. 입원 / Hospitalizace

의료기관 명, 최근 2년간 입원일수, 입원사유, 치료내역 / Název zdravotnických zařízení, kde byl žadatel hospitalizován, období hospitalizace v uplynulých 2 letech, důvod(y) hospitalizace a léčba.

11. 최근 진료검사에 대한 의견 / Pozorování a podrobné nálezy z posledních klinických vyšetření

측정할 수 있는 기능상의 장애가 있는 경우, 자세하게 기재하십시오 / Prosím, uveďte všechna měřitelná funkční omezení.

12. 진단서, 검사서, X 선 필름 등 목록 / Důležité lékařské názory, laboratorní zprávy, RTG atd.

* 귀하가 첨부물을 송부한 경우, 첨부물을 돌려 받기를 희망합니까 ? / Pokud jste připojil(a) nějaké přílohy, přejete si je vrátit? 예 /Ano 아니오 /Ne

13. 현재 치료 / Stávající léčba

14. 최종의견/ Závěrečná zpráva

a. 요약 및 전망 / Shrnutí a prognóza

* 향후 치료계획 등이 있으면 기재하십시오. / Jsou-li plánovány v budoucnu nějaká lékařská vyšetření, prosím upřesněte je a uveďte kde a kdy se uskuteční a kým budou provedena.

b. 노동능력 또는 일상생활 능력에 대한 의견 / Zpráva o schopnosti vykonávat každodenní činnosti nebo práci 해당사항에 (x) 표기하십시오. / Prosím, označte příslušnou položku křížkem (x).

- 노동활동 불능으로 상시개호 필요 / Neschopnost pro jakoukoli práci a potřeba soustavné péče nebo dohledu
- 노동능력의 고도한 제한 / Vysoce omezená pracovní schopnost
- 노동능력의 현저한 제한 / Výrazně omezená pracovní schopnost
- 노동능력의 경미한 제한 / Mírně omezená pracovní schopnost
- 일반 노동능력 유지 / Zachována normální pracovní schopnost

의사의 이름/ Jméno lékaře	전화번호 / Telefonní číslo (včetně předvolby)	
	전자우편 주소 / E-mailová adresa	
주소 / Korespondenční adresa	(우편번호/PSČ)	
서명/ Podpis _____	날짜/ Datum 일/D 월/M 연/R _____	