



MEDICININĖ PAŽYMA SIEKIANT GAUTI SPECIALIĄ PAŠALPĄ ŠEIMAI ARBA PADIDINTAS PAŠALPAS ŠEIMAI UŽ NEĮGALIUS  
VAIKUS

Regl. 1408/71: 73 str.; 74 str.  
Regl. 574/72: 86 str.; 88 str.

A. Paraiška pažymai gauti

Pildo įstaiga, kompetentinga teikti išmokas šeimai.

1.  Pagal darbo sutartį dirbantis asmuo  Savarankiškai dirbantis asmuo

1.1. Pavardė <sup>(1a)</sup> .....			
1.2. Vardai .....			
Anksčiau turėti vardai <sup>(1a)</sup> .....		Gimimo vieta <sup>(1b)</sup> .....	
1.3. Gimimo data	Lytis	Pilietybė	Draudimo Nr. <sup>(1c)</sup> .....
1.4. Adresas <sup>(2)</sup> .....			

2. Vaikas, kuriam prašoma pažymos

2.1. Pavardė <sup>(1a)</sup> .....			
2.2. Vardai .....			
2.3. Gimimo vieta <sup>(1b)</sup>	Gimimo data	Lytis	Draudimo Nr. <sup>(1c)</sup> .....
2.4. Adresas <sup>(2)</sup> .....			

3. Įstaiga, kompetentinga teikti išmokas šeimai

3.1. Pavadinimas .....	
3.2. Adresas <sup>(2)</sup> .....	
3.3. Bylos numeris .....	
3.4. Antspaudas	3.5. Data .....
	3.6. Parašas .....

## B. Pažyma

Apžiūrimo vaiko gyvenamosios vietos įstaigos paskirtas gydytojas užpildo šį ir kitą puslapius ir persiunčia įstaigai, nurodytai 3 skyriuje, pridėdamas visus medicininius dokumentus (fotografijas, rentgeno nuotraukas, tyrimų rezultatus ir kt.). <sup>(4)</sup>

4.

4.1. Vaiko amžius apžiūros dieną: ..... metai ..... mėnesiai  
vaiko svoris: ..... kilogramai ..... gramai ūgis: ..... centimetrai.

## 4.2. Psichomotorinis atsilikimas

Atsilikimas lyginant su normaliu tokio amžiaus vaiko lygiu  Taip  Ne

Jei taip, patikslinkite .....

## 4.3. Savarankiškumas

Ar vaikas gali atsisėsti be pagalbos?  Taip  Ne Ar gali vaikščioti?  Taip  Ne  
Ar gali kalbėti?  Taip  Ne Ar gali apsirengti pats?  Taip  Ne  
Ar gali valgyti be pagalbos?  Taip  Ne Ar gali rašyti?  Taip  Ne <sup>(3)</sup>  
Yra nelaikantis šlapimo?  Taip  Ne <sup>(3)</sup>

## 4.4. Pagalba

Ar vaikui yra būtina kitų priežiūra?  Taip  Ne  
Nuolatinė priežiūra?  Taip  Ne Kasdienė, bet ne nuolatinė?  Taip  Ne  
Ar kitos priemonės (nurodykite): .....

## 4.5. Pagrindinės negalios pobūdis

Ar vaiko negalia yra  
sensorinė? regėjimo? .....  
klausos? .....  
motorinė: .....  
protinė: protinės negalios lygis .....  
elgesio .....  
kita .....

4.6. Negalios kilmė <sup>(3)</sup>

— įgimta anomalija .....  Taip  Ne  
— liga .....  Taip  Ne  
negalios pradžios data: .....  
negalios nustatymo data: mėnuo: ..... metai: .....  
Gydymo pradžia: mėnuo: ..... metai: .....  
— nelaimingas atsitikimas .....  Taip  Ne  
nelaimingo atsitikimo data .....

## 4.7. Kartu esančios negalios

Kokios? .....  
Kiti trūkumai .....

## 4.8. Papildomi pastebėjimai

Šeimoje esančios negalios: .....  
Papildomi patikrinimai jau atlikti: .....  
(Jeigu reikia, patikrinimų rezultatų kopijos turi būti pridėtos)

4.9. Gydymas, įskaitant reabilitaciją ir gydomąją terapiją. Kokios gydymo formos yra taikomos?

.....  
 Nuo kada? .....

Kokios gydymo formos rekomenduojamos? .....

— Operacija: .....

— Hospitalizavimas (per paskutinius trejus metus): .....

— Gydymas namuose (vaistai, kita ...): ..... Nuo ...../...../.....

..... Nuo ...../...../.....

..... Nuo ...../...../.....

— Reabilitacija: Pradžia Dažnumas Kur?

Logopedija: .....

Fizioterapija: .....

Darbo terapija: .....

Psichoterapija: .....

Pagalba namuose: .....

4.10. Lavinimo ir mokymo priemonės

Kokios lavinimo ir mokymo formos yra taikomos? .....

.....  
 Nuo kada? .....

Koks lavinimas ir mokymas rekomenduojamas? .....

4.11. Prognozė

Patikslinkite .....

4.12. ICD ligos kodas

4.13. Ligos pradžia

4.14. Kito patikrinimo data

5.

5.1. Gydytojo pavardė ir vardas .....

5.2. Adresas (²) .....

.....

5.3. Data

.....

5.4. Parašas

.....

## NURODYMAI

Prašome užpildyti šią formą didžiosiomis spausdintinėmis raidėmis rašant tik ant taškinių linijų. Ji sudaryta iš keturių puslapių, kurių nė vieno negalima atskirti, net tuo atveju, kai jame nepateikta svarbios informacijos. Ji pildoma gydytojo, išduodančio šią pažymą, kalba.

## PASTABOS

- (<sup>1</sup>) Šalies, kurioje yra šią formą pildanti įstaiga, simbolis: BE = Belgija; CZ = Čekijos Respublika; DK = Danija; DE = Vokietija; EE = Estija; GR = Graikija; ES = Ispanija; FR = Prancūzija; IE = Airija; IT = Italija; CY = Kipras; LV = Latvija; LT = Lietuva; LU = Liuksemburgas; HU = Vengrija; MT = Malta; NL = Nyderlandai; AT = Austrija; PL = Lenkija; PT = Portugalija; SI = Slovėnija; SK = Slovakija; FI = Suomija; SE = Švedija; UK = Jungtinė Karalystė; IS = Islandija; LI = Lichtenšteinas; NO = Norvegija; CH = Šveicarija.
- (<sup>1a</sup>) Ispanijos kilmės asmenų atžvilgiu nurodykite abi pavardes.  
Portugalijos kilmės asmenų atžvilgiu nurodykite visus vardus (vardai, pavardė, mergautinė pavardė) pagal šeimyninę padėtį, tokia tvarka kaip nurodoma tapatybės kortelėje arba pase.
- (<sup>1b</sup>) Portugalijos regionų atžvilgiu nurodykite parapiją ir vietos administraciją.
- (<sup>1c</sup>) Kai forma siunčiama Čekijos įstaigai, nurodykite gimimo numerį; Danijos įstaigai nurodykite CPR numerį; Suomijos įstaigai nurodykite gyventojų registro numerį; Švedijos įstaigai nurodykite asmeninį numerį (*personnummer*); Islandijos įstaigai nurodykite asmens identifikacijos numerį (*kennitala*); Lichtenšteino įstaigai nurodykite AHV draudimo numerį; Lietuvos įstaigai nurodykite asmens identifikacijos numerį; Latvijos įstaigai nurodykite identifikacijos numerį; Maltos įstaigai Maltos piliečių atveju nurodykite identifikacinės kortelės numerį, ne Maltos piliečių atveju nurodykite Maltos socialinio draudimo numerį; Norvegijos įstaigai nurodykite asmens identifikacijos numerį (*fodselsnummer*); Belgijos įstaigai nurodykite valstybinės socialinės apsaugos numerį (NISS); Vokietijos įstaigai nurodykite draudimo numerį (VSNR); Ispanijos įstaigai nurodykite numerį, esantį nacionalinėje tapatybės kortelėje (D.N.I.) arba N.I.E užsieniečių atveju, net jeigu kortelės galiojimo laikas yra pasibaigęs; Lenkijos įstaigai nurodykite PESEL arba NIP numerį; Portugalijos įstaigai taip pat nurodykite bendros pensijų sistemos registracijos numerį, jeigu asmuo buvo draustas pagal Portugalijos valstybės tarnautojų socialinio draudimo schemą; Slovakijos įstaigai nurodykite gimimo numerį; Slovėnijos įstaigai nurodykite asmens identifikavimo numerį (EMŠO) ir mokesčių mokėtojo numerį; Šveicarijos įstaigai nurodykite AVS/AI (AHV/IV) draudimo numerį.
- (<sup>2</sup>) Gatvė, numeris, pašto kodas, miestas, šalis.
- (<sup>3</sup>) Reikalinga pildyti tada, kai Belgijos įstaiga yra atsakinga už išmokų šeimai teikimą.
- (<sup>4</sup>) Slovakijoje pildo Darbo, šeimos ir socialinių reikalų ministerijos paskirta medicininė komisija.
-