

Ime (ime roditelja) i prezime stranke \_\_\_\_\_

Adresa stanovanja \_\_\_\_\_

Mjesto \_\_\_\_\_

**INSTITUT ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA**

**ODJELJENJE ZA PRVOSTEPENI POSTUPAK U \_\_\_\_\_**

### **ZAHTEJ ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE**

- 1. PROCENTA (STUPNJA) TJELESNOG OŠTEĆENJA**
- 2. POTREBE ZA NJEGU I POMOĆ DRUGOG LICA**
- 3. POTREBE ORTOPEDSKOG DODATKA**

**U SVRHU OSTVARIVANJA PRAVA PO ZAKONU O OSNOVAMA SOCIJALNE ZAŠTITE, ZAŠTITE CIVILNIH ŽRTAVA RATA I ZAŠTITE PORODICA S DJECOM)**

<b>PREZIME (IME OCA) I IME STRANKE</b>	
<b>JMBG</b>	
<b>GODINA ROĐENJA I MJESTO</b>	
<b>LIČNA KARTA BROJ IZDATA OD</b>	
<b>ADRESA STANOVANJA</b>	
<b>MJESNA ZAJEDNICA</b> <b>Opisati detaljno mjesto stanovanja ukoliko je u pitanju kućna posjeta i sve promjene koje nastanu prije obilaska kućne posjete javiti na telefon <u>Odjeljenja kojem je predat zahtjev</u></b>	
<b>KONTAKT TELEFON</b>	
<b>BRAČNI STATUS</b>	
<b>ZANIMANJE</b>	
<b>GODINE RADNOG STAŽA</b>	
<b>IME I PREZIME STARATELJA I KONTAKT TELEFON</b>	
<b>DA LI JE OSTVARENO PRAVO NA NOVČANU NAKNADU IZ TAČKI 1,2 ILI 3 ZAHTEJA PO NEKOM DRUGOM OSNOVU, AKO JESTE, OBAVEZNO PRILOŽITI FOTOKOPIJU NALAZA ILI RJEŠENJA O PRAVU. DAVANJE NETAČNIH PODATAKA IDE NA VLASITU ŠTETU I PODLIJEŽE ODGOVORNOSTI</b>	

**Okrenite-**

**Uz zahtjev je neophodno priložiti slijedeću dokumentaciju:**

1. Originalan primjerak uplatnice za medicinsko vještačenje s naznačenim imenom osobe čije se medicinsko vještačenje vrši;
2. Ličnu kartu (kopija);
3. Prijavu o mjestu prebivališta – boravišta (kopija CIPS-ova);
4. Kopije izvorne medicinske dokumentacije o nastanku bolesti, povrede ili ozljede, medicinsku dokumentaciju o sadašnjem zdravstvenom stanju (aktuelna medicinska dokumentacija) i svu medicinsku dokumentaciju sa kojom raspolazete;
5. Kopiju rješenja o kategorizaciji za lica ometena u fizičkom i psihičkom razvoju (isti je potrebno priložiti samo ukoliko se radi o licu koje je kategorisano);

**UPUTSTVO ZA UPLATU:**

**UPLATA ZA PREGLED NA INSTITUTU (naznačiti ime osobe čije se medicinsko vještačenje vrši):**

Uplatio je: IME I PREZIME I KONTAKT TELEFON

Svrha doznake: MEDICINSKO VJEŠTAČENJE U PRVOSTEPENOM POSTUPKU ZA : - **NAZNAČITI IME OSOBE ČIJE SE VJEŠTAČENJE VRŠI**

Primalac: INSTITUT ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA

Broj računa primaoca: 1410010001745195 kod BBI banke

Iznos : 102,96 KM

**UPLATA ZA PREGLED U KUĆNOJ POSJETI (naznačiti ime osobe čije se medicinsko vještačenje vrši):**

Uplatio je: IME I PREZIME I KONTAKT TELEFON

Svrha doznake: MEDICINSKO VJEŠTAČENJE U PRVOSTEPENOM POSTUPKU ZA : - **NAZNAČITI IME OSOBE ČIJE SE VJEŠTAČENJE VRŠI – KUĆNA POSJETA**

Primalac: INSTITUT ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA

Broj računa primaoca: 1410010001745195 kod BBI banke

Iznos : 154,44 KM

Podnošenjem ovog zahtjeva daje se odobrenje za obradu u zahtjevu navedenih ličnih/osobnih podataka od strane Instituta za medicinsko vještačenje zdravstvenog stanja, a u svrhu medicinskog vještačenja i odobrenje da podaci budu ispisani na Nalazu, ocjeni i mišljenju ili drugog akata koje sastavlja Institut u okviru medicinskog vještačenja, te da budu upisani u fizičkoj i elektronskoj arhivi Instituta.

U SLUČAJU DA SE RADI O MLDB. OSOBI ILI OSOBI KOJA NEMA POSLOVNU SPOSOBNOST ZAHTJEV PODNOSI RODITELJ ILI SKRBNIK.

Dana \_\_\_\_\_ . godine

Podnosilac zahtjeva

---