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

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

**Mjesto** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INSTITUT ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA**

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

**ZAHTJEV 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)**

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

 **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 raspolažete;
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);

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



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



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.

 Dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. godine Podnosilac zahtjeva

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_