

.....
Zdravstvena organizacija-zasebna ordinacija z naslovom

.....
Osební zdravnik

.....
Številka kartice zdravstvenega zavarovanja

Datum.....

PREDLOG ZA UVEDBO POSTOPKA ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ INVALIDSKEGA ZAVAROVANJA

ZAVAROVANEC(KA) BO PREDSTAVLJEN(A) INVALIDSKI KOMISIJI:

1. na lastno zahtevo;
2. na predlog osebnega zdravnika;
3. na predlog zdravniške komisije;

ZARADI OCENE:

1. delovne zmožnosti;
2. telesne okvare;
3. dodatka za pomoč in postrežbo (z izpolnjenim vprašalnikom);
4. ostalo:.....
.....

1) OSEBNI PODATKI O ZAVAROVANCU

Ime in priimek:....., roj.;

Priimek ob rojstvu:..... EMŠO:.....

Naslov stalnega prebivališča:.....

(naselje, ulica, številka)

(pošta s pošto številko)

(občina)

Zaposlen pri:.....

(naslov)

Delovno mesto:.....

Poklic:.....

Dejavnost:.....

Registerska številka zavezanca za prispevek:.....

Delovna doba v R Sloveniji:.....

Delovna doba v tujini: DA(v kateri državi?) NE

OPOMBA: PREDLOG MORATE IZPOLNITI S PISALNIM STROJEM (RAČUNALNIKOM)

2) ANAMNEZA

- a) Družinska anamneza:.....
.....
b) Osebna anamneza:.....
.....
c) Socialna anamneza:.....
.....
d) Sedanje bolezni, poškodbe ,poklicne bolezni:.....
.....
.....
.....
.....
e) Razvade:.....

3) IZVID OSEBNEGA PREGLEDA ZAVAROVANCA(KE)

Višina:.....cm Teža:.....kg ITM:.....%

Pulz(frekvenca, ritem, kakovost):.....

RR: sede.....mmHg, leže.....mmHg

Koža in vidne sluznice:.....
.....

Glava in vrat:.....

Čutila:.....

-ostrina vida na daleč (c.c. ali s.c.):..... na blizu:.....

-vidno polje (orientacijski test konfrontacije):.....

-sluh:..... šepet:.....

Prsni koš in pljuča:.....
.....

Srce in periferni obtok:.....
.....

Trebuh, sečila in spolovila:.....
.....

Hrbtenica:.....
.....

Okončine:.....
.....

Nevrološki status:.....
.....

Psiho status:.....
.....

Morebitna opozorila osebnega zdravnika:.....
.....
.....

4) PODATKI O ZDRAVLJENJU

a) Zdravila, ki jih zavarovanec redno prejema:.....

b) Drugi postopki zdravljenja v zadnjih treh letih:.....

c) Zdravljenje v bolnišnici zaradi bolezni in /ali poškodb, ki vplivajo na delovno zmožnost:.....

d) Uspeh zdravljenja ali poklicne rehabilitacije in prognoza:.....

e) Podatki o začasni zadržanosti z dela v zadnjih treh letih:.....

5) DIAGNOZE

	<i>naziv bolezni</i>	<i>šifra*</i>
GLAVNA <i>bolezen, ki bistveno vpliva na delovno zmožnost</i>		
DRUGE <i>bolezni, ki vplivajo na delovno zmožnost</i>		
		
		
		
BOLEZNI , <i>ki ne vplivajo na delovno zmožnost**</i>		
		

* po veljavni mednarodni klasifikaciji vzrokov bolezni

** ne vplivajo na delovno zmožnost, vendar utegnejo biti pomembne za mnenje o preostali delovni zmožnosti pri razporeditvi k drugemu delu ali so kontraindikacija za opravljanje določenih del

**6) MNENJE IN STALIŠČE OSEBNEGA ZDRAVNIKA IN/ALI SPECIALISTA
MEDICINE DELA O DELOVNI ZMOŽNOSTI ZAVAROVANCA(KE)**

a) Ali je zmožen(a) opravljati sedanje delo še naprej s polnim delovnim časom?

DA NE

a) Ali je delovna zmožnost zmanjšana?

DA NE

b) Ali je delovna zmožnost popolnoma izgubljena?

DA NE

c) Ali je z ergonomsko ureditvijo sedanjega delovnega mesta možno odstraniti vzroke zmanjšane delovne zmožnosti?

DA NE

d) Katero drugo delo je zavarovanec(ka) zmožen(na) opravljati in koliko ur dnevno?

f) Ali bi se s poklicno rehabilitacijo zavarovanec(ka) usposobil(a) za drugo ustrezno delo s polnim delovnim časom?

DA NE

In če, za katero delo (kratek opis):.....

g) Vzrok zmanjšane delovne zmožnosti in/ali telesne okvare (ustrezno podčrtaj) je:

- bolezen;
- poklicna bolezen;
- poškodba izven dela;
- poškodba pri delu (obrazec prijave obvezno priložite!)

**7) ALI ZAVAROVANEC(KA) PRVIČ UVELJAVLJA PRAVICE IZ
INVALIDSKEGA ZAVAROVANJA?**

DA NE

Če jih je že uveljavljal(a), kolikokrat in kakšne pravice so mu(ji) že bile priznane?

8) PRIPOMBE V ZVEZI Z ZGORNJIMI VPRAŠANJI:

Žig zdravstvene organizacije

Podpis osebnega zdravnika

OPOMBA: Osebni zdravnik mora predlogu priložiti tudi originalne izvide oziroma medicinsko dokumentacijo ali njihove kopije, katerih verodostojnost potrdi osebni zdravnik zavarovanca(ke).