

Številka območne enote in spisa (ŠTEV) _____

Invalidska komisija v(na) (REZA) _____

Datum pregleda (DAMN) _____

Zdravstvena organizacija- zasebna ordinacija _____

Osebni zdravnik _____

IZVEDENSKO MNENJE

1. Osebni podatki

-ime in priimek _____ roj. _____

-priimek ob rojstvu _____ EMŠO _____

-stopnja strokovne izobrazbe(STIZ) _____ poklic _____

-naslov stalnega bivališča _____

-zaposlen (REG1) _____

2. Zdravstvena anamneza:

3. Zgodovina dela in socialno stanje:

4. Izvedensko mnenje o (ustrezno podčrtaj):

-ocena invalidnosti (VSZA1-4) -prvič -ponovno (VRZA1-4) -TO (VSZA1-4) -prvič
-ponovno(VRZA1-4) -DPP (VSZA1-4) -prvič -ponovno(VRZA1-4) - drugih
zahtevkov (VSZA1-4) - prvič -ponovno (VRZA1-4)

Zahtevek po konvenciji z drugo državo: **DA** **NE** (ustrezno podčrtaj) (KONV)

5. Izvid neposrednega pregleda zavarovanca, izvidi specialistov, laboratorijski in drugi izvidi:

6. Diagnoza

	<i>naziv bolezni</i>	<i>šifra*</i>
GLAVNA bolezen, ki bistveno vpliva na delovno zmožnost (DIA 1)		
DRUGE bolezni, ki vplivajo na delovno zmožnost (DIA 2- DIA 5)		
BOLEZNI , ki ne vplivajo na delovno zmožnost**		

* 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

7. Ali je zdravljenje končano (ZDKO) ?

DA

NE

Številka OE in spisa: _____ Datum pregleda: _____

8. Ugotovitev invalidnosti in preostale delovne zmožnosti:

-ali je zmožen za svoje delo _____,
da ga opravlja poln -polovični -skrajšani delovni čas in koliko ur ?

-ali je zmožen za drugo ustrezno delo, da bi ga opravljal poln - polovični - skrajšani
delovni čas, za kakšno delo in koliko ur dnevno ?

-ali bi se mogel s poklicno rehabilitacijo, v kakšnih pogojih in koliko časa bi trajala,
usposobiti za drugo ustrezno delo, da bi ga opravljal poln -polovični - skrajšani delovni čas ,
za kakšno delo in koliko ur dnevno?

-ali zavarovanec poleg poklicne rehabilitacije potrebuje tudi prilagoditev delovnih prostorov
in delovnega mesta; in če , v kakšnem obsegu?

9. Kategorija invalidnosti, neposredna nevarnost za nastanek invalidnosti (KAIN):

10. Datum nastanka invalidnosti oz. neposredne nevarnosti za nastanek invalidnosti (DAIN):

11. Vzrok invalidnosti oz. neposredne nevarnosti za nastanek invalidnosti (VZIN):

Šifra poklicne bolezni (PB):

Če je invalidnost posledica več vzrokov (bolezni , poškodbe izven dela , poškodbe pri delu, poklicne bolezni), koliko vpliva na skupno invalidnost prvi , koliko drugi vzrok , izraženo v odstotku po ugotovitvah kategorije invalidnosti za vsak vzrok posebej).

Ali je invalidnost posledica prometne nesreče (PRON)?

DA

NE

12. Ali je zavarovancu potrebna pomoč in postrežba (DPPO) in od kdaj (DADP)?

13. Ali je zavarovancu ostala telesna okvara in od kdaj?

-vzrok telesne okvare in odstotek telesne po seznamu telesnih okvar (ODS1-9, RAZ1-9, VZR1-9 , DAT1-9):

-skupno število telesnih okvar (ŠTTO):

-skupen odstotek telesnih okvar po seznamu telesnih okvar (SKOD):

14. Datum kontrolnega pregleda (DAPR):

15. Ugotovitev in mnenje za druge primere (ustrezno podčrtaj):

-družinska pokojnina- zmožnost pridobivanja

-štetje dobe s povečanjem – drugo (DRZA)

-šifra bolezni (štetje dobe s povečanjem) (ŠIBO)

-datum nastanka bolezni (DABO)

16. Utemeljitev in obrazložitev izvedenskega mnenja:

Številka OE in spisa: _____ Datum pregleda: _____

Člani komisije:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

17. Dopolnitev izvedenskega mnenja:

Zadnje izvedensko mnenje (ustrezno podčrtaj): -ni spremenjeno, -spremenjena je :
-I. kategorija -II. kategorija -II. kategorija s poklicno rehabilitacijo -III: kategorija
-III. kategorija s poklicno rehabilitacijo -ni invalidnosti -datum nastanka invalidnosti
-TO -TO in datum - drugi zahtevki -drugi zahtevki in datum (SPRM)

18. Dopolnilo izvedenskega mnenja, dne _____

Izvedenec: