

.....

.....
Zdravstveni zavod-zasebna ambulanta, naslov

Osební zdravnik:

Datum:

**PREDLOG ZA UVEDBO POSTOPKA ZA UVELJAVLJANJE PRAVICE
DO DODATKA ZA POMOČ IN POSTREŽBO Z VPRAŠALNIKOM**
po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju

1. Ime in priimek zavarovanca/upokojenca....., roj. :

Priimek ob rojstvu: , EMŠO:

Številka kartice zdravstvenega zavarovanja

Naslov stalnega prebivališča:

Uživalec:pokojnine pod številko:

2.*Ime in priimek osebe, ki je zdravstveno zavarovana po zavarovancu/upokojencu:

....., roj.: , EMŠO:

Številka kartice zdravstvenega zavarovanja

Naslov bivališča:

Ali je zavarovanec zmožen da:

- se sam hrani?	DA	NE
- se sam oblači in slači (čeprav s težavo in počasi)?	DA	NE
- se sam obuva in sezuva?	DA	NE
- se giba samostojno ali s pomočjo medicinsko- tehničnih pripomočkov: - v stanovanju ?	DA	NE
- zunaj?	DA	NE
- samostojno skrbi za osebno higieno?	DA	NE
- samostojno opravlja fiziološke potrebe?	DA	NE

Ali je:

- slep (obvezen je izvid okulista)?	DA	NE
- slaboviden (obvezen je izvid okulista)?	DA	NE
- popolnoma nepokreten?	DA	NE

Ali zaradi psihične prizadetosti potrebuje stalen nadzor (obvezen je izvid psihiatra)?

DA NE

Ali potrebuje 24-urno pomoč svojcev oz. laični nadzor in stalno strokovno nego
(najmanj zdravstveni tehnik)?

DA NE

Če da, od kdaj (mesec/leto):

Navedite, katere od v oklepaju navedenih storitev strokovne nege so zavarovancu potrebne in kolikokrat na dan/teden:

(nega dekubitusne rane; nega umetne telesne odprtine kot. npr. traheo; gastrostoma; anus praeternaturalis; nastavitev infuzij; aplikacija intravenozne oz. intramuskularne medikamentozne terapije; odvzem krvi za laboratorijske preiskave; nastavitve gastrične sonde; klizma; drugo).

Navedite kratko strokovno utemeljitev zakaj zavarovanec ni zmožen samostojno opravljati osnovnih življenjskih opravil in predložite razpoložljivo medicinsko dokumentacijo:

.....

Diagnoze (po MKB-10 z ustrezno šifro):

.....

Zavarovanec/upokojenec osebno pregledan dne: - na domu - v ambulanti - v DSO (obkroži).

Žig zdravstvenega zavoda oziroma zasebne ambulante

Podpis in žig osebnega zdravnika:

*velja samo za slepo osebo

Poročilo patronažne službe:

Podpis patronažne sestre:

Naslov sedanjega bivališča z opisom in skico poti:

Podpisanidovoljujem uporabo osebnih podatkov o mojem zdravstvenem stanju za potrebe uveljavljanja in varstva pravic iz invalidskega zavarovanja.

Datum:

Podpis zavarovanca/upokojenca:

Opomba1: Za uživalce starostne, invalidske, vdovske ali družinske pokojnine s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki jim je za osnovne življenjske potrebe neogibno potrebna stalna pomoč in postrežba drugega, ter za slepe osebe, ki so zdravstveno zavarovane po zavarovancu/upokojencu, predlog za uvedbo postopka za uveljavitev pravice do dodatka za pomoč in postrežbo z vprašalnikom, nadomesti predlog za uvedbo postopka za uveljavljanje pravic iz invalidskega zavarovanja.

Opomba2: Če zavarovanec/upokojenec ni luciden, osebni zdravnik namesto podpisa zavarovanca/upokojenca napiše opombo.