

4. ALI ZAVAROVANEC PRVIČ UVELJAVLJA PRAVICE IZ INVALIDSKEGA ZAVAROVANJA?

☐ DA ☐ NE

Če jih je že uveljavljal, kolikokrat in kakšne pravice so mu že bile priznane?

.....
.....

5. ANAMNEZA

a) Osebna anamneza:

.....
.....
.....

b) Sedanje bolezni, poškodbe, poklicne bolezni, ki so razlog za predstavitev invalidski komisiji:.....

.....
.....
.....
.....
.....

c) Razvade: ☐ nikotin ☐ alkohol ☐ drugo:

6. IZVID OSEBNEGA PREGLEDA ZAVAROVANCA*

Telesna višina:cm RR:mmHg

Telesna masa: kg Pulz:na min.

STATUS*:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Morebitna opozorila osebnega zdravnika:

.....
.....

** Navedite le patološke ugotovitve in/ali morebitna odstopanja od statusov v priloženih specialističnih izvidih glede na stanje, ki ga ugotavljate; katere trajne anatomske ali funkcijske okvare so predmet ocene potrebe po pomoči in postrežbi in/ali telesne okvare.*

7. 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 medicinske rehabilitacije in prognoza:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

8. DIAGNOZE PO MKB-10 Z USTREZNO ŠIFRO

	Naziv bolezni	Šifra *
GLAVNA bolezen, ki bistveno vpliva na invalidnost		
DRUGE bolezni, ki vplivajo na delovno zmožnost		
		
		
BOLEZNI** , ki ne vplivajo na delovno zmožnost		

* Šifriranje diagnoz po MKB-10 v prvi in drugi rubriki je obvezno.

** Tiste bolezni, ki utegnejo biti pomembne za mnenje o preostali delovni zmožnosti ali so kontraindikacija za opravljanje določenih del.

9. MNENJE IN STALIŠČE OSEBNEGA ZDRAVNIKA IN/ALI IZVAJALCA MEDICINE DELA O DELOVNI ZMOŽNOSTI ZAVAROVANCA ***

- a) Ali je zavarovančeva delovna zmožnost zmanjšana? ☐ DA ☐ NE
- b) Ali je zavarovančeva delovna zmožnost popolnoma izgubljena? ☐ DA ☐ NE
- c) Ali je zavarovanec zmožen opravljati sedanje ali drugo delo s krajšim delovnim časom od polnega ? ☐ DA ☐ NE
- d) Ali je z ergonomsko ureditvijo sedanjega delovnega mesta možno odstraniti vzroke zmanjšane delovne zmožnosti? ☐ DA ☐ NE
- e) Navedite okvirno, katere delovne zahteve, obremenitve in škodljivosti niso v skladu z zavarovančevim zdravstvenim stanjem:
-
-
- f) Ali bi se s poklicno rehabilitacijo zavarovanec lahko usposobil za drugo delo ali za drug poklic:
- ☐ s polnim delovnim časom?
- ☐ s krajšim delovnim časom od polnega, najmanj 4 ure dnevno ali 20 ur tedensko?
- In če, okvirno za katero delo oz. poklic?.....
-
-
- g) Vzrok zmanjšane delovne zmožnosti in/ali telesne okvare je:
- ☐ poklicna bolezen; ☐ poškodba pri delu (obrazec prijave obvezno priložite!);
- ☐ bolezen; ☐ poškodba zunaj dela;

*** Ustrezno označite s križcem »X«

10. ALI ZAVAROVANEC POTREBUJE STALNO POMOČ IN POSTREŽBO DRUGEGA ? * ☐ DA ☐ NE

Ali je zavarovanec zmožen da:

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

Ali je:

- ☐ slep (obvezen je izvid okulista)?
☐ slaboviden (obvezen je izvid okulista)?
☐ popolnoma nepokreten?
☐ Ali zaradi psihične prizadetosti potrebuje
stalni nadzor (obvezen je izvid psihiatra
ali nevrologa)?
☐ Ali potrebuje ob laičnem nadzoru tudi stalno
strokovno nego (najmanj zdravstveni tehnik)?
Če da, od kdaj (mesec, leto):
.....

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

.....
.....

(npr. nega dekubitusne rane; nega umetne telesne odprtine kot npr. traheo-, gastro-, enterostoma; nastavitev infuzij; aplikacija intravenozne oz. intramuskularne terapije; odvzem krvi za laboratorijske preiskave; nastavitev gastrične sonde; klizma; drugo)

Navedite kratko strokovno utemeljitev, zakaj zavarovanec ni zmožen samostojno opravljati osnovnih življenjskih opravil:

.....
.....
.....

Zavarovanec/upokojenec osebno pregledan dne: ☐ na domu ☐ v ambulanti ☐ v DSO *

Poročilo patronažne službe:

.....
.....
.....
.....

Podpis patronažne sestre:

.....

**Žig zdravstvenega zavoda
oziroma zasebne ambulante:**

**Podpis in žig
osebnega zdravnika:**

.....

Podpisani.....dovoljujem uporabo osebnih podatkov v zvezi
z mojim zdravstvenim stanjem zaradi uveljavljanja in varstva pravic iz invalidskega zavarovanja.

Telefonska številka kontaktne osebe:

Datum:

Podpis zavarovanca:

* Ustrezno označite s križcem »X«