

.....

 Zdravstveni zavod-zasebna ambulanta, naslov

Osebni zdravnik:

Datum:

PREDLOG ZA UVEDBO POSTOPKA ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ INVALIDSKEGA ZAVAROVANJA

PODAN:

- 1) na zahtevo zavarovanca
- 2) na predlog osebnega zdravnika
- 3) na predlog imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije
- 4) zaradi kontrolnega pregleda

ZARADI OCENE:

- 1) delovne zmožnosti
 - telesne okvare
 - potrebe po stalni pomoči in postrežbi drugega
- 2) ostalo.....

1. OSEBNI PODATKI O ZAVAROVANCU

Ime in priimek:, roj.:

Številka kartice zdravstvenega zavarovanja:

Priimek ob rojstvu:, EMŠO:

Naslov stalnega prebivališča:

Zaposlen pri:

Delovno mesto:

Poklic:

Dejavnost:

Registrska številka zavezanca za prispevek:

Delovna doba v Republiki Sloveniji:

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

Brezposeln od: Prijavljen pri Zavodu RS za zaposlovanje? DA NE

2. ALI ZAVAROVANEC PRVIČ UVELJAVLJA PRAVICE IZ INVALIDSKEGA ZAVAROVANJA? DA NE

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

.....

OPOMBA: Predlog mora biti izpolnjen s pisalnim strojem (računalnikom)

3. ANAMNEZA

- a) Osebna anamneza:
- b) Sedanje bolezni, poškodbe, poklicne bolezni, ki so razlog za predstavitev invalidski komisiji:
- c) Razvade:

4. IZVID OSEBNEGA PREGLEDA ZAVAROVANCA

Telesna višina: cm RR: mmHg
Telesna teža: 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 vi.*

5. 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:

6. DIAGNOZE PO MKB-10 Z USTREZNO ŠIFRO

	<i>Naziv bolezni</i>	<i>Šifra**</i>
GLAVNA bolezen, <i>ki bistveno vpliva na invalidnost</i>
DRUGE bolezni, ki vplivajo <i>na delovno zmožnost</i>

BOLEZNI, ki ne vplivajo na <i>delovno zmožnost***</i>

7. MNENJE IN STALIŠČE OSEBNEGA ZDRAVNIKA IN/ALI SPECIALISTA MEDICINE DELA O DELOVNI ZMOŽNOSTI ZAVAROVANCA

- a) Ali je zavarovančeve 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) Navedite okvirno, katere delovne zahteve, obremenitve in škodljivosti niso v skladu z zavarovančevim zdravstvenim stanjem:

** Šifriranje diagnoz v prvi in drugi rubriki je obvezno.

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

- e) Ali je zavarovanec zmožen opravljati sedanje ali drugo delo v krajšem delovnem času? DA NE
- f) Ali bi se s poklicno rehabilitacijo zavarovanec lahko usposobil za drugo delo ali za drug poklic s polnim delovnim časom? DA NE
- In če, okvirno za katero delo oz. poklic?.....
-
-

- 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!*).

8. ALI ZAVAROVANEC POTREBUJE STALNO POMOČ IN POSTREŽBO DRUGEGA ? DA NE

Če DA (*obkroži*) kot:

- slep
- slaboviden,
- nepokreten.

9. ALI JE PRI ZAVAROVANCU PODANA TELESNA OKVARA PO VELJAVNEM SEZNAMU TELESNIH OKVAR?

DA NE

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.

Datum:

Podpis zavarovanca:

OPOMBA: Osebni zdravnik mora predlogu priložiti tudi originalne izvide oziroma medicinsko dokumentacijo ali njihove kopije, katerih verodostojnost potrdi osebni zdravnik zavarovanca s podpisom in žigom.