

.....

.....

Zdravstveni zavod-zasebna ambulanta, naslov

.....

Datum: .....

Osebni zdravnik

**PREDLOG ZA UVEDBO POSTOPKA  
ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ INVALIDSKEGA ZAVAROVANJA  
ALI NA PODLAGI DRUGIH PREDPISOV**

**PODAN: \***

- 1)  na zahtevo zavarovanca  
 2)  na predlog osebnega zdravnika  
 3)  na predlog imenovanega zdravnika  
 4)  na predlog izvajalca medicine dela  
 5)  .....

**ZARADI OCENE: \***

- 1)  delovne zmožnosti  
 2)  telesne okvare  
 3)  potrebe po stalni pomoči in postrežbi drugega  
 4)  drugo: .....

**1. OSEBNI PODATKI O ZAVAROVANCU**

Ime in priimek: ..... , rojen.: .....  
 Priimek ob rojstvu: ..... , EMŠO: .....  
 Naslov stalnega prebivališča: .....  
 Naslov začasnega prebivališča: .....

**2. PODATKI O ZAPOSLOTIVI**

Zaposlen pri: .....  
 Delovno mesto: .....  
 Izobrazba: .....  
 Dejavnost: .....

**3. PODATKI O DELOVNI DOBI \***

Delovna doba v Republiki Sloveniji: .....

- Delovna doba v tujini: ..... let. V kateri državi? .....  
 Brezposeln od: .....  Prijavljen pri Zavodu RS za zaposlovanje od: .....

**4. ALI ZAVAROVANEC PRVIČ UVELJAVLJA PRAVICE IZ INVALIDSKEGA ZAVAROVANJA? \***

DA  NE Pokojninska številka: .....

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

.....

\* Ustrežno označite s križcem »X« (možno je podati več zahtevkov hkrati!)

## 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 telesne okvare in/ali potrebe po pomoči in postrežbi.*

## 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 **
<b>GLAVNA</b> bolezen, ki bistveno vpliva na invalidnost	.....	.....
<b>DRUGE</b> bolezni, ki vplivajo na delovno zmožnost	.....	.....
<b>BOLEZNI,</b> *** 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 pri razporeditvi k drugemu delu 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 zavarovančeve 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 v krajšem delovnem času?  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, vsaj 4 ure dnevno?

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  
stalen nadzor (obvezen je izvid psihiatra)?  
 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 .....

z mojim zdravstvenim stanjem zaradi uveljavljanja in varstva pravic iz invalidskega zavarovanja ali drugih pravic.

dovoljujem uporabo osebnih podatkov v zvezi

Telefonska številka kontaktne osebe: .....

Datum: .....

Podpis zavarovanca: .....

\* Ustrezno označite s križcem »X«

**OPOMBA:** Osebni zdravnik zavarovanca priloži originalne izvide oziroma medicinsko dokumentacijo ali njihove kopije, katerih verodostojnost potrdi s podpisom in žigom.