

Ime (ime roditelja) i prezime stranke _____

Adresa stanovanja _____

Mjesto _____

INSTITUT ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA

ODJELJENJE ZA PRVOSTEPENI POSTUPAK U _____

ZAHTEJEV ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE

- 1. PROCENTA (STUPNJA) TJELESNOG OŠTEĆENJA**
- 2. POTREBE ZA NJEGU I POMOĆ DRUGOG LICA**
- 3. POTREBE ORTOPEDSKOG DODATKA**

U SVRHU OSTVARIVANJA PRAVA PO ZAKONU O OSNOVAMA SOCIJALNE ZAŠTITE, ZAŠTITE CIVILNIH ŽRTAVA RATA I ZAŠTITE PORODICA S DJECOM)

PREZIME (IME OCA) I IME STRANKE	
JMBG	
GODINA ROĐENJA I MJESTO	
LIČNA KARTA BROJ IZDATA OD	
ADRESA STANOVANJA	
MJESNA ZAJEDNICA Opisati detaljno mjesto stanovanja ukoliko je u pitanju kućna posjeta i sve promjene koje nastanu prije obilaska kućne posjete javiti na telefon <u>Odjeljenja kojem je predat zahtjev</u>	
KONTAKT TELEFON	
BRAČNI STATUS	
ZANIMANJE	
GODINE RADNOG STAŽA	
IME I PREZIME STARATELJA I KONTAKT TELEFON	
DA LI JE OSTVARENO PRAVO NA NOVČANU NAKNADU IZ TAČKI 1,2 ILI 3 ZAHTJEVA PO NEKOM DRUGOM OSNOVU, AKO JESTE, OBAVEZNO PRILOŽITI FOTOKOPIJU NALAZA ILI RJEŠENJA O PRAVU. DAVANJE NETAČNIH PODATAKA IDE NA VLASITU ŠTETU I PODLIJEŽE ODGOVORNOSTI	

Okrenite-

Uz zahtjev je neophodno priložiti slijedeću dokumentaciju:

1. Originalan primjerak uplatnice za medicinsko vještačenje s naznačenim imenom osobe čije se medicinsko vještačenje vrši;
2. Ličnu kartu (kopija);
3. Prijavu o mjestu prebivališta – boravišta (kopija CIPS-ova);
4. Kopije izvorne medicinske dokumentacije o nastanku bolesti, povrede ili ozljede, medicinsku dokumentaciju o sadašnjem zdravstvenom stanju (aktuelna medicinska dokumentacija) i svu medicinsku dokumentaciju sa kojom raspolazete;
5. Kopiju rješenja o kategorizaciji za lica ometena u fizičkom i psihičkom razvoju (isti je potrebno priložiti samo ukoliko se radi o licu koje je kategorisano);

UPLATA ZA PREGLED U KUĆNOJ POSJETI (naznačiti ime osobe čije se medicinsko vještačenje vrši):

Uplatilo je (ime, adresa i telefon) _____

NALOG ZA UPLATU GOTOVINE

Svrha doznake: **KUĆNA POSJETA**

**USLUGA MEDICINSKOG VJEŠTAČENJA
U PRVOSTEPENOM POSTUPKU**

Primalac/Primatelj: INSTITUT ZA MEDICINSKO
VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA
Branislava Đurđeva 12. Sarajevo

Mjesto i datum uplate: _____

Potpis i pečat
nalogodavca _____

Potpis ovlaštenog lica: _____

Račun primaoca/
primatelja **1 4 1 0 0 1 0 0 0 1 7 4 5 1 9 5**

KM 154,44 KM HITNO

JMBG

JEDAN PRIMJERAK UPLATE DOSTAVITI NA ADRESU INSTITUTA!

UPLATA ZA PREGLED NA INSTITUTU (naznačiti ime osobe čije se medicinsko vještačenje vrši):

Uplatilo je (ime, adresa i telefon) _____

NALOG ZA UPLATU GOTOVINE

Svrha doznake: **PREGLED NA INSTITUTU**

**USLUGA MEDICINSKOG VJEŠTAČENJA
U PRVOSTEPENOM POSTUPKU**

Primalac/Primatelj: INSTITUT ZA MEDICINSKO
VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA
Branislava Đurđeva 12. Sarajevo

Mjesto i datum uplate: _____

Potpis i pečat
nalogodavca _____

Potpis ovlaštenog lica: _____

Račun primaoca/
primatelja **1 4 1 0 0 1 0 0 0 1 7 4 5 1 9 5**

KM 102,96 KM HITNO

JMBG

JEDAN PRIMJERAK UPLATE DOSTAVITI NA ADRESU INSTITUTA!

Podnošenjem ovog zahtjeva daje se odobrenje za obradu u zahtjevu navedenih ličnih/osobnih podataka od strane Instituta za medicinsko vještačenje zdravstvenog stanja, a u svrhu medicinskog vještačenja i odobrenje da podaci budu ispisani na Nalazu, ocjeni i mišljenju ili drugog akata koje sastavlja Institut u okviru medicinskog vještačenja, te da budu upisani u fizičkoj i elektronskoj arhivi Instituta.

Dana _____ . godine

Podnosilac zahtjeva
