

**ZAVOD ZA VJEŠTAČENJE, PROFESIONALNU REHABILITACIJU I  
ZAPOŠLJAVANJE OSOBA S INVALIDITETOM  
SREDIŠNJA SLUŽBA – PODRUČNI URED \_\_\_\_\_**

**KLASA:**

**URBROJ:**

**Mjesto, \_\_\_\_\_ datum \_\_\_\_\_**

Nadležno tijelo koje podnosi zahtjev za vještačenje: \_\_\_\_\_

Za koje pravo/a \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_;

Postupak:                   prvostupanjski

                                  drugostupanjski

                                  drugostupanjski žalbeni

                                  kontrolni pregled

                                  ponovni pregled

1.   jer je od dana donošenja rješenja prošlo šest mjeseci, a osiguranik nije upućen na profesionalnu rehabilitaciju

2.   jer je praćenjem provedbe profesionalne rehabilitacije utvrđeno da se osiguranik neće moći osposobiti za rad

3.   na prijedlog nadležnog liječnika zbog – pogoršanja zdravstvenog stanja – promjene u stanju invalidnosti i preostale radne sposobnosti

4. zbog novog slučaja invalidnosti

**OSOBNI PODACI osobe koja se vještači**

Evidencijski broj vještačenja (u bazi ZOSI)

Ime

OIB

Prezime

MBG (za osobe koje nemaju OIB)

Spol

M

Ž

Dan, mjesec, godina rođenja

Mjesto rođenja

Adresa prebivališta, boravišta (mjesto, općina, ulica i kućni broj):

\_\_\_\_\_  
Datum vještačenja: \_\_\_\_\_

Vijeće vještaka/viših vještaka/vještak/viši vještak:

\_\_\_\_\_ (ime, prezime)

\_\_\_\_\_ (ime, prezime)

\_\_\_\_\_ (ime, prezime)

\_\_\_\_\_ (ime, prezime)

**OPĆI DIO**

## ANAMNEZA

1. Tko daje podatke: osoba koja se vještači, roditelj, skrbnik/staratelj, drugo \_\_\_\_\_
2. Socijalna anamneza (sažetak)
3. Obiteljska anamneza
4. Anamneza

## STATUS

5. Status praesens:
6. Lab. nalazi (bitni)
7. Specijalističko-konzilijarni nalazi i funkcionalna ispitivanja (bitni)
8. Ostali nalazi i ispitivanja (psiholog, logoped, pedagog, soc.pedagog, rehabilitator)
9. Dijagnoza/e: (MKB X)

---

---

---

---

---