

OBRAZAC 1-IN

(popunjava se u tri primjerka)

OIB

Naziv zdravstvene ustanove

Izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite

(šifra liječnika)

Mjesto _____
Datum _____**IZVJEŠĆE
S NALAZOM I MIŠLJENJEM O ZDRAVSTVENOM STANJU I RADNOJ SPOSOBNOSTI OSOBE KOJA SE
VJEŠTAČI/OSIGURANIKA****OSIGURANIK SE UPUĆUJE NA VJEŠTAČENJE**

- 1) na osobni zahtjev – a) osiguranika b) osobe izvan osiguranja;
- 2) na prijedlog izabranog doktora medicine – a) za osiguranika b) za osobe izvan osiguranja

1. OSOBNI PODACI O OSIGURANIKU

Ime, očeviće ime i prezime osiguranika:

OIB:

Adresa prebivališta:

Adresa boravišta:

Kontakt podaci (telefon, e-mail):

Zanimanje:

Grana djelatnosti:

Obavlja poslove:

Radni staž:

2. ANAMNEZA

- a) Osobna anamneza (prijašnje bolesti, ozljede, profesionalne bolesti);
- b) Sadašnje bolesti, ozljede, profesionalne bolesti;

3. LIJEČNIČKI NALAZ na dan obrade osiguranika radi upućivanja na vještačenje**a) Status**

Visina: _____ težina _____ puls (frekvencija, ritam, kvaliteta):

RR (sjedeći): _____ (ležeći): _____

Koža i vidljive sluznice:

Glava i vrat:

Osjetila: oko, uho – vestibularis:

Prsni koš:

Pluća:

Srce:

Periferna cirkulacija (arterijska i venska):

Trbuš:

Urogenitalni organi:

Lokomotorni aparat – kralježnica:

Ekstremiteti:

Neurološki nalaz:

Psihostatus:

Eventualna posebna upozorenja izabranog doktora medicine u vezi s anamnezom ili statusom osiguranika:

b) Opći laboratorijski nalaz (urin, kompletan krvna slika, SE)

4. PODACI O LIJEČENJU I REZULTATI LIJEČENJA

a) Ispitivanja i postupci koji su provedeni radi utvrđivanja vrste i težine bolesti, odnosno bolesnog stanja osiguranika. Navedite najbitnije nalaze, laboratorijska, klinička i druga ispitivanja i testiranja na temelju kojih je definirano zdravstveno stanje osiguranika (originalnu dokumentaciju ili ovjerene preslike svih nalaza priložite u dodatku ovog obrasca):

b) Podaci o liječenju i rezultati liječenja

Navedite najbitnije podatke osnovnih i drugih značajnih bolesti: vrste ustanova u kojima je osiguranik liječen, vrste terapijskih tretmana te trajanje i rezultate liječenja:

Navedite podatke o privremenoj nesposobnosti za rad osiguranika u posljednje tri godine (vrijeme i dužina trajanja privremene nesposobnosti prema dijagnozama naznačenim u izvješću o privremenoj nesposobnosti za rad):

Navedite razloge izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite zbog kojih upućuje osiguranika na medicinsko vještačenje:

5. DIJAGNOZE (bolesti razvrstane po važnosti utjecaja na radnu sposobnost)

Glavna bolest	Latinski naziv bolesti	Poglavlje			Šifra		
		1	2	3	4	5	6
Druge bolesti koje utječu na radnu sposobnost							
Sporedne bolesti koje ne utječu na radnu sposobnost							

6. MIŠLJENJE IZABRANOG DOKTORA MEDICINE u vezi s pripremom i upućivanjem osiguranika na medicinsko vještačenje o pravima na osnovi rizika invalidnosti
– Je li dijagnostički postupak u potpunosti završen _____
potvrđuju li se dokumentacijom, koja se prilaže, u potpunosti upisane dijagnoze (verificiranost dijagnoza)

- Jesu li sve mogućnosti liječenja iscrpljene _____
ako nisu, zašto _____
– Može li se liječenje smatrati završenim _____
– Mogu li se daljnijim liječenjem i suvremenijim metodama medicinske rehabilitacije u većem stupnju ublažiti negativne posljedice bolesti i ozljeda na radnu sposobnost
– Je li bolest (ozljeda) ostavila određene posljedice na zdravlje i radnu sposobnost osiguranika

jesu li te posljedice trajne ili privremene

– Osim oštećenja zdravlja osiguranika, koje su druge okolnosti koje negativno utječu na njegovu radnu sposobnost? Jesu li u vezi s uvjetima rada, tehničko-tehnološkim uvjetima, specifičnošću profesije, specifičnošću poslova i sl.

– S obzirom na postojeće zdravstveno stanje osiguranika, koje bi bile glavne kontraindikacije za rad s medicinskog gledišta i s gledišta uvjeta rada

– Je li po mišljenju nadležnog izabranog doktora medicine priprema i obrada osiguranika za upućivanje Zavodu, radi medicinskog vještačenja, bila kompletna i valjana

ako nije, navedite razloge zbog kojih to nije bilo moguće

EVENTUALNE NAPOMENE izabranog doktora medicine upućene vještaku:

IZABRANI DOKTOR MEDICINE, UZ SVOJ NALAZ I MIŠLJENJE, OVOM OBRASCU OBVEZNO PRILAŽE I ODGOVARAJUĆU MEDICINSKU DOKUMENTACIJU koja je bila osnovna za utvrđivanje zdravstvenog stanja osiguranika i verifikaciju dijagnoza, prema utvrđenim kriterijima.

DODATNA PITANJA:

- 1) Je li osiguranik prvi put na vještačenju – **da – ne**; ako je već bio, treba provjeriti koliko je puta vještačen i kakvi su bili rezultati ocjene
- 2) Je li osiguranik bio na privremenom radu u inozemstvu: – **da – ne**.

Potpis izabranog doktora medicine

Potpis stranke