

**NALAZ I MIŠLJENJE O POSTOJANJU/NEPOSTOJANJU POTPUNOG GUBITKA RADNE SPOSOBNOSTI  
ČLANA OBITELJI UMRLE OSOBE**

**Opći dio**

Zavod za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom

Središnji ured – Područni ured \_\_\_\_\_

Klasa:

Urbroj:

Mjesto,

datum

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

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

Postupak (prvostupanjski – drugostupanjski – kontrolni pregled)

• Podaci o osobi 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):

• Podaci o vještacima u vijeću vještaka

Vijeće vještaka/viših vještaka/vještak/viši vještak:

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

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

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

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

• Anamneza

Tko daje podatke: osoba koja se vještači, roditelj, skrbnik/staratelj, drugo

Socijalna anamneza (sažetak)

Anamneza

• Klinički status

• Medicinska i druga dokumentacija

Specijalističko-konzilijarni nalazi i funkcionalna ispitivanja (bitni):

Ostali nalazi i ispitivanja (psiholog, logoped, pedagog, soc. pedagog, rehabilitator):

• Dijagnoze

**Posebni dio**

1. Podaci o umrloj osobi

Ime:

Prezime:

OIB:

Srodstvo:

Datum rođenja:

Datum smrti:

2. Utvrđena vrsta i % oštećenja organizma iz Liste oštećenja organizma

---

3. Vrsta i težina invaliditeta – oštećenja funkcionalnih sposobnosti prema Listi vrsta i težine invaliditeta – oštećenja funkcionalnih sposobnosti

---

4. Zaključno mišljenje

a) Ne postoji potpuni gubitak radne sposobnosti

b) Postoji potpuni gubitak radne sposobnosti koja je nastala \_\_\_\_\_ (datum)

5. Obrazloženje

---

Vijeće vještaka

---

---

---