

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

1. PODACI O UMRLOM OSIGURANIKU

Ime

Prezime OIB

Srodstvo

Datum rođenja

Datum smrti

2. Dijagnoze/e (MKB X) iz Poglavlja »Opći dio« sukladno utjecaju na radnu sposobnost (RS):

Glavna/e _____

Utječu na RS _____

Ne utječu na RS _____

(Dg iz točke 2. ovoga poglavlja moraju biti navedene u točki 9. Poglavlja »OPĆI DIO«)

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

3.1. _____

3.2. _____

3.3. _____

3.4. _____

4. Vrsta i težina invaliditeta – oštećenja funkcionalne sposobnosti prema Listi težine i vrste invaliditeta – oštećenja funkcionalne sposobnosti

4.1. _____

4.2. _____

4.3. _____

4.4. _____

5. Osoba s invaliditetom

DA

NE

Na osnovi MEDICINSKE I DRUGE DOKUMENTACIJE I PREGLEDOM utvrđenog zdravstvenog stanja, vijeće vještaka daje sljedeće mišljenje:

6. ZAKLJUČNO MIŠLJENJE

a) Ne postoji potpuni gubitak radne sposobnosti

b) Postoji potpuni gubitak radne sposobnosti **koja je nastala** _____ **(datum)**

7. OBRAZLOŽENJE:

VIJEĆE VJEŠTAKA
