

Zdravstveni zavod-zasebna ambulanta, naslov

Datum: _____

Osebni zdravnik

PREDLOG ZA UVEDBO POSTOPKA ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ INVALIDSKEGA ZAVAROVANJA ALI NA PODLAGI DRUGIH PREDPISOV

PODAN: *

- 1) na zahtevo zavarovanca 3) na predlog imenovanega zdravnika 5) _____
2) na predlog osebnega zdravnika 4) na predlog izvajalca medicine dela

ZARADI OCENE: *

- 1) delovne zmožnosti 3) potrebe po stalni pomoči in postrežbi drugega
2) telesne okvare 4) drugo: _____

1. OSEBNI PODATKI O ZAVAROVANCU

Ime in priimek: _____

rojen: _____

Priimek ob rojstvu: _____

EMŠO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Naslov stalnega prebivališča: _____

Naslov začasnega prebivališča: _____

2. PODATKI O ZAPOSLOTVI

Zaposlen pri: _____

Delovno mesto: _____

Izobrazba: _____

Dejavnost: _____

3. PODATKI O DELOVNI DOBI *

Delovna doba v Republiki Sloveniji: _____

Delovna doba v tujini: _____ let.

V kateri državi? _____

Brezposeln od: _____

Prijavljen pri Zavodu RS za zaposlovanje od: _____

4. ALI ZAVAROVANEC PRVIČ UVELJAVLJA PRAVICE IZ INVALIDSKEGA ZAVAROVANJA? *

DA **NE**

Pokojninska številka: _____

Če jih je že uveljavljal, kolikokrat in kakšne pravice so mu že bile priznane?

**Ustrezno označite s križcem »X« (možno je podati več zahtevkov hkrati!)*

OPOMBA: PREDLOG MORA BITI NATISNJEN ALI IZPOLNJEN Z VELIKIMI TISKANIMI ČRKAMI!

5. ANAMNEZA

a) Osebna anamneza: _____

b) Sedanje bolezni, poškodbe, poklicne bolezni, ki so razlog za predstavitev invalidski komisiji: _____

c) Razvade: nikotin alkohol drugo: _____

6. IZVID OSEBNEGA PREGLEDA ZAVAROVANCA

Telesna višina: _____ cm

RR: _____ mmHg

Telesna masa: _____ kg

Pulz: _____ na min.

STATUS*: _____

Morebitna opozorila osebnega zdravnika: _____

** Navedite le patološke ugotovitve in/ali morebitna odstopanja od statusov v priloženih specialističnih izvidih glede na stanje, ki ga ugotavljate; katere trajne anatomske ali funkcijske okvare so predmet ocene telesne okvare in/ali potrebe po pomoči in postrežbi.*

7. PODATKI O ZDRAVLJENJU

a) Zdravila, ki jih zavarovanec redno prejema: _____

b) Drugi postopki zdravljenja v zadnjih treh letih: _____

c) Zdravljenje v bolnišnici zaradi bolezni in/ali poškodb, ki vplivajo na delovno zmožnost:

d) Uspeh zdravljenja ali medicinske rehabilitacije in prognoza: _____

e) Podatki o začasni zadržanosti z dela v zadnjih treh letih: _____

8. DIAGNOZE PO MKB-10 Z USTREZNO ŠIFRO

	Naziv bolezni	Šifra*
GLAVNA bolezen, ki bistveno vpliva na invalidnost	_____	_____
DRUGE bolezni, ki vplivajo na delovno zmožnost	_____	_____
BOLEZNI, ** ki ne vplivajo na delovno zmožnost	_____	

* Šifriranje diagnoz po MKB-10 v prvi in drugi rubriki je obvezno.

** Tiste bolezni, ki utegnejo biti pomembne za mnenje o preostali delovni zmožnosti pri razporeditvi k drugemu delu ali so kontraindikacija za opravljanje določenih del.

9. MNENJE IN STALIŠČE OSEBNEGA ZDRAVNIKA IN/ALI IZVAJALCA MEDICINE DELA O DELOVNI ZMOŽNOSTI ZAVAROVANCA ***

a) Ali je zavarovančeva delovna zmožnost zmanjšana? DA NE

b) Ali je zavarovančeva delovna zmožnost popolnoma izgubljena? DA NE

c) Ali je zavarovanec zmožen opraviti sedanje ali drugo delo v krajšem delovnem času? DA NE

d) Ali je z ergonomsko ureditvijo sedanjega delovnega mesta možno odstraniti vzroke zmanjšane delovne zmožnosti? DA NE

e) Navedite okvirno, katere delovne zahteve, obremenitve in škodljivosti niso v skladu z zavarovančevim zdravstvenim stanjem: _____

f) Ali bi se s poklicno rehabilitacijo zavarovanec lahko usposobil za drugo delo ali za drug poklic:

s polnim delovnim časom?

s krajšim delovnim časom od polnega, vsaj 4 ure dnevno?

In če, okvirno za katero delo oz. poklic _____

g) Vzrok zmanjšane delovne zmožnosti in/ali telesne okvare je:

poklicna bolezen; poškodba pri delu (obvezno priložite obrazec prijave!);

bolezen; poškodba zunaj dela.

*** Ustrezno označite s križcem »X«

10. ALI POTREBUJE ZAVAROVANEC STALNO POMOČ IN POSTREŽBO DRUGEGA?* **DA** **NE**

Ali je zavarovanec zmožen, da:

- se sam hrani?
 se sam oblači se sam slači?
(čeprav s težavo in počasi)
 se sam obuva? se sam sezuva?

se giba samostojno ali s pomočjo medicinsko tehničnih pripomočkov:

- v stanovanju?
 zunaj?

- samostojno skrbi za osebno higieno?
 samostojno opravlja fiziološke potrebe?

Ali je:

- slep (obvezen je izvid okulista)?
 slaboviden (obvezen je izvid okulista)?
 popolnoma nepokreten?
 Ali zaradi psihične prizadetosti potrebuje stalen nadzor (obvezen je izvid psihiatra)?
 Ali potrebuje ob laičnem nadzoru tudi stalno strokovno nego (najmanj zdravstveni tehnik)? Če da, od kdaj (mesec, leto):

Navedite, katere od v oklepaju navedene storitve strokovne nege so zavarovancu potrebne in kolikokrat na dan/teden:

(npr. nega dekubitusne rane; nega umetne telesne odprtine kot npr. traheo-, gastro-, enterostoma; nastavitev infuzij; aplikacija intravenozne oz. intramuskularne terapije; odvzem krvi za laboratorijske preiskave; nastavitev gastrične sonde; klizma; drugo)

Navedite kratko strokovno utemeljitev, zakaj zavarovanec ni zmožen samostojno opravljati osnovnih življenjskih opravil:

Zavarovanec/upokojenec osebno pregledan dne: _____ na domu v ambulanti v DSO

Poročilo patronažne službe: _____

Podpis patronažne sestre:

Žig zdravstvenega zavoda oziroma zasebne ambulante:

Podpis in žig osebnega zdravnika:

Podpisani _____ dovoljujem uporabo osebnih podatkov v zvezi z mojim zdravstvenim stanjem zaradi uveljavljanja in varstva pravic iz invalidskega zavarovanja ali drugih pravic.

Telefonska številka kontaktne osebe: _____

Datum: _____

Podpis zavarovanca: _____

**Ustrezno označite s križcem »X«*

OPOMBA: Osebni zdravnik zavarovanca priloži originalne izvide oziroma medicinsko dokumentacijo ali njihove kopije, katerih verodostojnost potrdi s podpisom in žigom.