Ime (ime roditelja) i prezime stranke _____

Adresa stanovanja_____

Mjesto_____

INSTITUT ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA

ODJELJENJE ZA PRVOSTEPENI POSTUPAK U _____

ZAHTJEV ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE

1. **PROCENTA (STUPNJA) TJELESNOG OŠTEĆENJA**
2. **POTREBE ZA NJEGU I POMOĆ DRUGOG LICA**
3. **POTREBE ORTOPEDSKOG DODATKA**

U SVRHU OSTVARIVANJA PRAVA PO ZAKONU O OSNOVAMA SOCIJALNE ZAŠTITE, ZAŠTITE CIVILNIH ŽRTAVA RATA I ZAŠTITI PORODICA S DJECOM.

PREZIME (IME OCA) I IM E STRANKE	
JMBG	
GODINA ROĐENJA I MJESTO	
LIČNA KARTA BROJ IZDATA OD	
ADRESA STANOVANJA	
MJESNA ZAJEDNICA **Opisati detaljno mjesto stanovanja ukoliko je u pitanju kućna posjeta i sve promjene koje nastanu prije obilaska kućne posjete javiti na telefon 033/250-573**	
KONTAKT TELEFON	
BRAČNI STATUS	
ZANIMANJE	
GODINE RADNOG STAŽA	
IME I PREZIME STARATELJA I KONTAKT TELEFON	
DA LI JE OSTVARENO PRAVO NA NOVČANU NAKNADU IZ TAČKI 1,2 ILI 3 ZAHTJEVA PO NEKOM DRUGOM OSNOVU, AKO JESTE, OBAVEZNO PRILOŽITI FOTOKOPIJU NALAZA ILI RJEŠENJA O PRAVU. DAVANJE NETAČNIH PODATAKA IDE NA VLASTITU ŠTETU I PODLIJEŽE ODGOVORNOSTI	

Uz zahtjev je neophodno priložiti sljedeću dokumentaciju:

1. Original primjerak uplatnice za medicinsko vještačenje s naznačenim imenom osobe čije se medicinsko vještačenje vrši;
2. Ličnu kartu (kopija);
3. Prijavu o mjestu prebivališta-boravišta (kopija CIPS-ova);
4. Kopije izvorne medicinske dokumentacije o nastanku bolesti, povrede ili ozljede, medicinsku dokumentaciju o sadašnjem zdravstvenom stanju (aktuelna medicinska dokumentacija) i svu medicinsku dokumentaciju sa kojom raspolažete;
5. Kopiju rješenja o kategorizaciji za lica ometena u fizičkom i psihičkom razvoju (isti je potrebno priložiti samo ukoliko se radi o licu koje je kategorisano);

Podnošenjem ovog zahtjeva daje se odobrenje za obradu u zahtjevu navedenih ličnih/osobnih podataka od strane Instituta za medicinsko vještačenje zdravstvenog stanja, a u svrhu medicinskog vještačenja i odobrenje da podaci budu ispisani na Nalazu, ocjeni i mišljenju ili drugog akata koje sastavlja Institut u okviru medicinskog vještačenja, te da budu upisani u fizičkoj i elektronskoj arhivi Instituta.
U SLUČAJU DA SE RADI O MLDB. OSOBI ILI OSOBI KOJA NEMA POSLOVNU SPOSOBNOST ZAHTJEV PODNOSI RODITELJ ILI SKRBNIK.

Dana, _____2026.godine

Podnosilac zahtjeva

_____