**Ime (ime roditelja) i prezime stranke** _____

**Adresa stanovanja** _____

**Mjesto** _____

**INSTITUT ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA**

**ODJELJENJE ZA PRVOSTEPENI POSTUPAK U** _____

# ZAHTJEV ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE

**U SVRHU OSTVARIVANJA PRAVA PO ZAKONU O RODITELJIMA NJEGOVATELJIMA**

| | |
|---|---|
| **PREZIME (IME RODITELJA) I IME STRANKE** | |
| **JMBG** | |
| **GODINA ROĐENJA I MJESTO** | |
| **LIČNA KARTA BROJ I IZDATA OD (AKO IMA)** | |
| **PRIJAVLJENA ADRESA STANOVANJA** | |
| **MJESTO STANOVANJA**<br>**Opisati detaljno mjesto stanovanja ukoliko je u pitanju kućna posjeta i sve promjene koje nastanu prije obilaska kućne posjete javiti na telefon Odjeljenja kojem je predat zahtjev** | |
| **KONTAKT TELEFON RADI POZIVANJA I KUĆNE POSJETE** | |
| **IME I PREZIME RODITELJA/STARATELJA I KONTAKT TELEFON** | |
| DA LI JE VRŠENO MEDICINSKO VJEŠTAČENJE PO NEKOM DRUGOM OSNOVU, AKO JESTE, OBAVEZNO PRILOŽITI FOTOKOPIJU NALAZA ILI RJEŠENJA O PRAVU. DAVANJE NETAČNIH PODATAKA IDE NA VLASITU ŠTETU I PODLIJEŽE ODGOVORNOSTI | |

**Uz zahtjev je neophodno priložiti slijedeću dokumentaciju:**

1. Originalan 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

_____