**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****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 |  |

 **Okrenite-**

**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);

**UPUTSTVO ZA UPLATU:**

**UPLATA ZA PREGLED NA INSTITUTU (naznačiti ime osobe čije se medicinsko vještačenje vrši):**

Uplatio je: IME I PREZIME I KONTAKT TELEFON

Svrha doznake: MEDICINSKO VJEŠTAČENJE U PRVOSTEPENOM POSTUPKU ZA : ***- NAZNAČITI IME OSOBE ČIJE SE VJEŠTAČENJE VRŠI***

Primalac: INSTITUT ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA

Broj računa primaoca: 1410010001745195 kod BBI banke

Iznos : 85,41 KM

**UPLATA ZA PREGLED U KUĆNOJ POSJETI (naznačiti ime osobe čije se medicinsko vještačenje vrši):**

Uplatio je: IME I PREZIME I KONTAKT TELEFON

Svrha doznake: MEDICINSKO VJEŠTAČENJE U PRVOSTEPENOM POSTUPKU ZA : ***- NAZNAČITI IME OSOBE ČIJE SE VJEŠTAČENJE VRŠI***– KUĆNA POSJETA

Primalac: INSTITUT ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA

Broj računa primaoca: 1410010001745195 kod BBI banke

Iznos : 128,12 KM

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. godine Podnosilac zahtjeva

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_