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 : 102,96 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 : 154,44 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

_____