

Ime 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**

/zaokružiti vrstu traženog medicinskog vještačenja/

Podnosilac zahtjeva:

PREZIME I IME STRANKE	
IME RODITELJA ILI STARATELJA	
JMB	
GODINA ROĐENJA I MJESTO	
LIČNA KARTA BROJ - IZDATA OD	
ADRESA STANOVANJA	
MJESNA ZAJEDNICA	
KONTAKT TELEFON	
BRAČNI STATUS	
ZANIMANJE	
GODINE RADNOG STAZA	
DA LI JE OSTVARENO PRAVO NA NOVČANU NAKNADU IZ TAČKE 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.	

ZAHTJEV POPUNITI

! - Okrenite -

Uz zahtjev je neophodno priložiti slijedeću dokumentaciju:

1. **Osobna/lična kartu (kopija) ovjerena;**
2. **Rodni list**
3. **Uvjerenje o državljanstvu**
4. **Prijavu o mjestu prebivališta - boravišta (kopija CIPS - ovjerena)**
5. **Izvornu medicinsku dokumentaciju o nastavku bolesti, povrede ili ozljede, medicinsku dokumentaciju o sadašnjem zdravstvenom stanju (aktuelna medicinska dokumentacija) i svu medicinsku dokumentaciju sa kojom raspolazete , kopirana i ovjerena;**
6. **Uvjerenje od Službe za pitanja branitelja/u zgradi vatrogasnog/**
7. **Potvrda o tekućem računu**
8. **Originalan primjerak uplatnice za medicinsko vještačenje;**

Prozor, _____ 20 ____ .g.

Podnosilac zahtjeva:
