

Ime i prezime stranke _____

Adresa stanovanja _____

Mjesto _____

**INSTITUT ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA
ODJELJENJE ZA PRVOSTEPENI POSTUPAK U __BIHAĆU__**

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 OCA	
JMB	
GODINA ROĐENJA I MJESTO	
LIČNA KARTA BROJ-IZDATA OD	
ADRESA STANOVANJA MJESNA ZAJEDNICA	
KONTAKT TELEFON	

BRAČNI STATUS	
ZANIMANJE	
GODINE RADNOG STAŽA	
<p>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.</p>	

ZAHTJEV POPUNITI !

- Okrenite -

Uz zahtjev neophodno priložiti sljedeću dokumentaciju:

1. Originalan primjerak **uplatnice** za medicinsko vještačenje;

2. Ličnu kartu (kopija);

3. Prijavu o mjestu prebivališta - boravišta (kopija CIPS - nova);

4. Izvornu medicinsku dokumentaciju o nastanku bolesti, povrede ili ozljede, medicinsku dokumentaciju o sadašnjem zdravstvenom stanju (aktuelna medicinska dokumentacija) i svu medicinsku dokumentaciju sa kojom raspolazete;

5. Kopiju Nalaza, ocjene i mišljenja Ljekarske komisije za pregled lica obuhvaćenih Zakonom o pravima branilaca i članova njihovih porodica (potrebno ga je priložiti ukoliko se radi o ratnom vojnom invalidnu, ako ne posjeduje taj dokument možete ga izvaditi u službi za boračka pitanja Općine);

6. Kopiju Nalaza, ocjene i mišljenja Ljekarske komisije za pregled lica obuhvaćenih Zakonom o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice sa djecom (potrebno ga je priložiti ukoliko se radi o civilnoj žrtvi rata, ako ne posjeduju taj dokument možete ga izvaditi u Općini u Službi za socijalna pitanja, zdravstvo, izbjegla i raseljena lica);

7. Kopiju Rješenja o kategorizaciji za lica ometena u fizičkom i psihičkom razvoju (potrebno ga je priložiti samo ukoliko se radi o licu koje je kategorisano);

8. Kopiju Nalaza, ocjene i mišljenja Ljekarske komisije o fizičkoj onesposobljenosti za uživanje prava iz PIO (možete ga izvaditi u Općinskoj službi PIO).

_____, _____ godine

Podnosilac zahtjeva:
