

Образац 2.

(назив здравствене установе)

У		
---	--	--

Изабрани лекар	
----------------	--

Број лекарског дневника		
-------------------------	--	--

Датум		Године
-------	--	--------

**Предлог за утврђивање неспособности за професионално вршење полицијских послова**

**1. ЛИЧНИ ПОДАЦИ**

Име, име једног родитеља и презиме осигураника	
--	--

Дан, месец и година рођења		Број личне карте	
----------------------------	--	------------------	--

ЈМБГ	□□□□□□□□□□
------	------------

Место пребивалишта		
--------------------	--	--

Адреса		Број здравствене легитимације	
--------	--	-------------------------------	--

Брачно стање		Број деце	
--------------	--	-----------	--

Основ осигурања:	<input type="checkbox"/> запослење	
		(назив послодавца)
		(адреса послодавца)

<input type="checkbox"/> обављање самосталне делатности
<input type="checkbox"/> обављање пољопривредне делатности

Радно место/посао		радни стаж	
-------------------	--	------------	--

**2. ЗДРАВСТВЕНА АНАМНЕЗА**


**3. ЛЕКАРСКИ НАЛАЗ**

Висина		цм, тежина		кг, крвни притисак	
--------	--	------------	--	--------------------	--

Кожа:	

Глава и врат:	

Грудни кош:	

Плућа:	

Срце (кардиоваскуларни апарат):	

Абдомен (абдоминални органи):	

Ендокрини систем:	

Урогенитални органи:	

Кичмени стуб:	

Екстремитети:	

Неуролошки налаз:	

Психијатријски налаз:	

Стање главних чула:	

Детаљан налаз основног обољења (повреде), налази и мишљења (лабораторијски налази РТГ, ЕКГ и други налази):


**4. ДЕТАЉНИ ПОДАЦИ О СПРОВЕДЕНОМ ЛЕЧЕЊУ И РЕЗУЛТАТИМА ЛЕЧЕЊА СА ОЦЕНОМ ДА ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ ОСИГУРАНИКА УКАЗУЈЕ НА ПОТПУНИ ГУБИТАК РАДНЕ СПОСОБНОСТИ, ОДНОСНО ПОТПУНИ ГУБИТАК СПОСОБНОСТИ ЗА ПРОФЕСИОНАЛНО ВРШЕЊЕ ПОЛИЦИЈСКИХ ПОСЛОВА И ДА СЕ НЕ ОЧЕКУЈЕ ПОБОЉШАЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА ОСИГУРАНИКА КОЈЕ БИ БИЛО ОД УТИЦАЈА НА РАДНУ СПОСОБНОСТ, ОДНОСНО СПОСОБНОСТ ЗА ПРОФЕСИОНАЛНО ВРШЕЊЕ ПОЛИЦИЈСКИХ ПОСЛОВА**


Лечио се амбулантно у времену: од		до	
Лечио се у болници у времену: од		до	
Привремена спреченост за рад: од		до	
Спроведена рехабилитација: од		до	

<b>5. ИСЦРПНА ДИЈАГНОЗА</b>	<b>Шифра:</b>
-----------------------------	---------------


	М. П.	(потпис, односно факсимил изабраног лекара)

<p><b>Основно обољење</b></p> <p>– Неуропсихијатријско <input type="checkbox"/></p> <p>– Интерна медицина <input type="checkbox"/></p> <p>– Ортопедско-хируршко <input type="checkbox"/></p>
--