



РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ПЕНЗИЈСКО
И ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ
ПОКРАЈИНСКИ ФОНД
Нови Сад, Житни трг бр. 3

Образац 2.

Орган вештачења у **првостепеном** поступку

Број: _____

Датум: _____

Место: _____

Врста захтева

Захтев поднет

НАЛАЗ, МИШЉЕЊЕ И ОЦЕНА

ЈМБГ

Лични број

1. ЛИЧНИ ПОДАЦИ:

_____ пол
(име, име једног родитеља и презиме)

Број личне карте _____ датум рођења

Школска спрема _____

Основ осигурања Запослење

(назив и адреса послодавца)

Самостална делатност

Пољопривредна делатност

Радно место/посао _____

Дужина стажа осигурања _____

Место пребивалишта и адреса _____

2. АНАМНЕЗА (социјална, радна, лична и породична)

Садашња болест:

Главне тегобе:

3. ОБЈЕКТИВНИ НАЛАЗ ПО ОРГАНИМА И СИСТЕМИМА СА ДИЈАГНОСТИЧКИМ ТЕСТОВИМА И ЛАБОРАТОИЈСКИМ НАЛАЗИМА

ОПШТЕ СТАЊЕ:

ГЛАВА И ВРАТ:

ЧУЛА:

ГРУДНИ КОШ И ПЛУЋА:

СРЦЕ И КРВНИ СУДОВИ:

ТРБУХ И ТРБУШНИ ОРГАНИ:

ЖЛЕЗДЕ СА УНУТРАШЊИМ ЛУЧЕЊЕМ:

МОКРАЋНИ И ПОЛНИ ОРГАНИ:

КИЧМЕНИ СТУБ И ЕКСТРЕМИТЕТИ:

НЕУРОЛОШКИ НАЛАЗ:

ПСИХИЈАТРИЈСКИ НАЛАЗ:

4. МЕДИЦИНСКА И ДРУГА ДОКУМЕНТАЦИЈА НА КОЈОЈ СЕ ЗАСНИВА ОЦЕНА

5. ДИЈАГНОЗА И ШИФРА ОСНОВНЕ И ПРИДРУЖЕНИХ БОЛЕСТИ (МКБ 10)

6. ЕПИКРИЗА (утицај појединих болести и целокупног здравственог стања на радну способност, потребу за помоћи и негом и телесно оштећење)

7. МИШЉЕЊЕ О ТОМЕ ДА ЛИ СУ КОД ОЦЕНЕ РАДНЕ СПОСОБНОСТИ ПРОМЕНЕ У ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ ТАКВЕ ДА СЕ НЕ МОГУ ОТКЛОНИТИ ЛЕЧЕЊЕМ ИЛИ МЕДИЦИНСКОМ РЕХАБИЛИТАЦИЈОМ

8. ОЦЕНА РАДНЕ СПОСОБНОСТИ, ОДНОСНО СПОСОБНОСТИ ЗА ПРОФЕСИОНАЛНУ ВОЈНУ СЛУЖБУ

	<input type="checkbox"/>
Датум настанка инвалидности	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Узрок настанка	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Процент утицаја на укупну инвалидност	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>ПОВ ПРБО БОЛ</small>
Контролни преглед (код породичних пензија)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

9. ОЦЕНА ПОСТОЈАЊА ТЕЛЕСНОГ ОШТЕЋЕЊА

	<input type="checkbox"/>
Датум настанка	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Узрок настанка	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Контролни преглед	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

10. ОЦЕНА ПОСТОЈАЊА ПОТРЕБЕ ЗА ПОМОЋИ И НЕГОМ ДРУГОГ ЛИЦА

	<input type="checkbox"/>
Датум настанка	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Узрок настанка	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Контролни преглед	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

М.П ЛЕКАР ВЕШТАК
