

(назив здравствене установе)

у _____

Изабрани лекар/председник Више војнолекарске комисије

Број лекарског дневника _____

Датум _____ године

ПРЕДЛОГ ЗА УТВРЂИВАЊЕ ИНВАЛИДНОСТИ

1. ЛИЧНИ ПОДАЦИ

Име, име једног родитеља и презиме осигураника _____

Дан, месец и година рођења _____ Број личне карте _____

ЈМБГ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Место пребивалишта _____ Број здравствене
Адреса _____ легитимације _____

Брачно стање _____ Број деце _____

Основ осигурања: запослење _____
(назив послодавца)

(адреса послодавца)

обављање самосталне делатности

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 RTG, EKG 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 ПРОФЕСИОНАЛНУ ВОЈНУ СЛУЖБУ И ДА СЕ НЕ ОЧЕКУЈЕ ПОБОЉШАЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА ОСИГУРАНИКА КОЈЕ БИ БИЛО ОД УТИЦАЈА НА РАДНУ СПОСОБНОСТ, ОДНОСНО СПОСОБНОСТ ЗА ПРОФЕСИОНАЛНУ ВОЈНУ СЛУЖБУ

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 _____

5. ИСЦРПНА ДИЈАГНОЗА

Шифра:

М.П. (потпис, односно факсимил
изабраног лекара/председника Више војнолекарске комисије)

Основно обољење

- Неуропсихијатријско
- Интерна медицина
- Ортопедско-хируршко