

MINISTARSTVO ZDRAVSTVA

202

Na temelju članka 16. stavka 2. Zakona o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom (»Narodne novine« br. 64/2001), ministar zdravstva donosi

PRAVILNIK

O OBRASCU ZA DOSTAVLJANJE PODATAKA HRVATSKOM REGISTRU O OSOBAMA S INVALIDITETOM

Članak 1.

Ovim Pravilnikom propisuje se »Obrazac o invaliditetu« kojim se Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom dostavljaju podaci iz članka 16. stavka 1. točke 1. Zakona o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom.

Obrazac iz stavka 1. ovoga članka dostavlja se Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom prilikom prve prijave kao i prilikom prijave promjene vrste i/ili stupnja težine invaliditeta.

Članak 2.

»Obrazac o invaliditetu« iz članka 1. ovoga Pravilnika tiskan je u prilogu ovoga Pravilnika i njegov je sastavni dio.

Članak 3.

Liječnici primarne zdravstvene zaštite, liječnici specijalisti školske medicine i liječnici specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite obvezni su primjerak obrasca iz članka 2. ovoga Pravilnika trajno čuvati u zdravstvenoj dokumentaciji osobe s invaliditetom.

Članak 4.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana objave u »Narodnim novinama«.

Klasa: 011-01/01-01/0260

Urbroj: 534-02-30-01-0001

Zagreb, 6. prosinca 2001.

Ministar

mr. sc. Andro Vlahušić, dr. med., v. r.

ORDINACIJA _____ (naziv ordinacije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, naziv spec-konzilijarne ordinacije)	_____ (šifra HZZO)
LIJEČNIK _____ (prezime i ime)	_____ (šifra)
ADRESA ORDINACIJE _____ (grad, ulica i kućni broj, općina, naselje)	_____ (šifra naselja)

Liječnik u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
 Liječnik specijalist školske medicine
 Liječnik u spec-konzilijarnoj zaštiti

OBRAZAC O INVALIDITETU ¹

Prva prijava
 Prijava promjene vrste i/ili stupnja težine invaliditeta

1. **PREZIME I IME** _____

2. **JMBG** _____
(datum rođenja) (ostatak JMBG)

3. **SPOL** 1 – muški, 2 – ženski, 3 – neodređen
(zaokružiti odgovarajuće) _____

4. **Grad, općina, naselje i država rođenja:** _____

5. **Prebivalište:** _____
(grad, ulica i kućni broj, općina, naselje, država) (šifra naselja)

Boravište: _____
(grad, ulica i kućni broj, općina, naselje, država) (šifra naselja)

6. **Obrazovanje:** 1 – bez OŠ, 2 – nezavršena OŠ, 3 – OŠ, 4 – SSS,
 5 – VSSŠ, 6 – VSS, 7 – specijalno, 9 – nepoznato
(zaokružiti odgovarajuće) _____

7. **Zvanje:** _____
(prema «Nacionalnoj klasifikaciji zanimanja»)

8. **Zaposlenje:** _____
(posao koji obavlja – prema «Nacionalnoj klasifikaciji zanimanja»)

9. **Bračno stanje:** 1 – neoženjen/neudana, 2 – oženjen/udana, 3 – udovac/udovica,
 4 – razveden/razvedena, 5 – u izvanbračnoj zajednici, 9 – nepoznato
(zaokružiti odgovarajuće) _____

10. **Životna dob kada je uočen invaliditet:** _____

11. **Uzrok invaliditeta:**

od rođenja: 1 – sljepoća 2 – gluhoća
 3 – duševna nedovoljna razvijenost 4 – tjelesno oštećenje
 5 – oštećenje pri porodu
(zaokružiti odgovarajuće) _____

drugi svjetski rat i njegove posljedice: 1 – ratna djelovanja
 2 – zaostale eksplozivne naprave nakon rata
(zaokružiti odgovarajuće) _____

¹ Osoba s invaliditetom je osoba koja ima trajno ograničenje, smanjenje ili gubitak sposobnosti izvršenja neke fizičke aktivnosti ili psihike funkcije primjerene životnoj dobi te je ograničena u brizi o sebi (kupaње, oblačenje, uzimanje hrane ili obavljanje fizioloških potreba) ili u kretanju ili u korištenju prijevornih sredstava ili u svojim svakodnevnim aktivnostima (na poslu, u školi).

<input type="checkbox"/>	domovinski rat i njegove posljedice	1 – ratna djelovanja 2 – zaostale eksplozivne naprave nakon rata (zaokružiti odgovarajuće)	_____ _____ _____	____
<input type="checkbox"/>	invalid rada	_____	_____	____ . ____
		(navesti uzrok)		
<input type="checkbox"/>	bolest	_____	_____	____ . ____
		(navesti koje)		
<input type="checkbox"/>	prometna nesreća	_____	_____	____ . ____
		(navesti vrstu)		
<input type="checkbox"/>	drugo	1 – druge nesreće 3 – ostalo	2 – posljedice starosti _____	____
		(zaokružiti odgovarajuće)		

12. Oštećenja zdravlja – dijagnoze i šifre prema MKB–10 rev. _____

13. Opis poteškoća:

a) OSOBNA NJEGA

	nemogućnost funkcioniranja	potrebna pomoć	
osobna higijena	1 – da 2 – ne 3 – djelomično (zaokružiti odgovarajuće)	1 – da 2 – ne 3 – djelomično (zaokružiti odgovarajuće)	____
hranjenje	1 – da 2 – ne 3 – djelomično (zaokružiti odgovarajuće)	1 – da 2 – ne 3 – djelomično (zaokružiti odgovarajuće)	____
oblačenje	1 – da 2 – ne 3 – djelomično (zaokružiti odgovarajuće)	1 – da 2 – ne 3 – djelomično (zaokružiti odgovarajuće)	____
kontrola stolice	1 – da 2 – ne 3 – djelomično (zaokružiti odgovarajuće)	1 – da 2 – ne 3 – djelomično (zaokružiti odgovarajuće)	____
kontrola mokrenja	1 – da 2 – ne 3 – djelomično (zaokružiti odgovarajuće)	1 – da 2 – ne 3 – djelomično (zaokružiti odgovarajuće)	____
korištenje WC-a	1 – da 2 – ne 3 – djelomično (zaokružiti odgovarajuće)	1 – da 2 – ne 3 – djelomično (zaokružiti odgovarajuće)	____

b) POKRETLJIVOST

pokretan uz pomoć invalidskih kolica

pokretan uz pomoć

1 – štapa	2 – štaka	3 – hodalice
4 – proteza ruke	5 – proteza noge	6 – druge osobe

(zaokružiti odgovarajuće)

poteškoće kod penjanja uz stepenice

nepokretan

sasvim pokretan

UU

(označite odgovarajuće)

c) KOMUNIKACIJA

- | | |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nerazumljiv govor | <input type="checkbox"/> nijemost |
| <input type="checkbox"/> sporazumijevanje pomoću znakova | <input type="checkbox"/> neraspoznavanje govora znakova |
| <input type="checkbox"/> nerazumijevanje govora | <input type="checkbox"/> ne čuje |
| <input type="checkbox"/> ne vidi | <input type="checkbox"/> neraspoznavanje pisanih poruka |
| <input type="checkbox"/> neraspoznavanje boja | <input type="checkbox"/> ostalo |

(označite odgovarajuće)

UU

d) PONAŠANJE (opis)

UU

e) OSTALO (opis)

UU

14. Potreba za pomagalom:

ne da i kojim: _____

UUU

15. a) Koristi li neko pomagalo:

ne da i koje: _____

UUU

b) Ukoliko koristi je li odgovarajuće:

ne da _____

U

16. Prostori u stanu ili kući prilagođeni potrebama (arhitektonske barijere i sl.)

ne da _____

U

17. Sanitarne prostorije prilagođene potrebama:

ne da _____

U

18. Potreba liječenja:

ne da i koje: _____

U

bolničko (zbog čega) _____

UU

specijalističko-konzilijarno (vrsta) _____

UU

liječenje u kući (kakvo) _____

UU

ostalo (navesti) _____

UU

19. Potreba za rehabilitacijom:

ne da i kojom: _____

UU

20. Ostale potrebe:

- ne da i koje: _____
- specijalno obrazovanje (koje) _____
- zdravstvena njega u kući (kakva) _____
- tuda njega i pomoć (u kojem opsegu) _____
- ostalo (navesti) _____

Kod promjene vrste i/ili stupnja težine invaliditeta odgovoriti na slijedeća pitanja:

21. Da li je došlo do poboljšanja:

- a) ne da i kakvog _____
- b) Ako da, uslijed čega liječenja (kakvo) _____
- rehabilitacije (koje) _____
- ostalo (navesti) _____

22. Da li je došlo do pogoršanja:

- a) ne da i kakvog _____
- b) Ako da, uslijed čega (opis) _____
- _____
- _____

Datum: _____

_____ FAKSIMIL I POTPIS LIJEČNIKA

UPUTSTVA ZA POPUNJAVANJE

Podaci u ovom obrascu su povjerljivi prema *Zakonu o zaštiti tajnosti podataka* («Narodne novine br. 108/96) i predstavljaju profesionalnu tajnu.

Popunjeni obrasci dostavljaju se u *Hrvatski registar o osobama s invaliditetom* na adresu:

*Hrvatski zavod za javno zdravstvo
10 000 Zagreb
Rockefellerova 7*

i to do 10-og u mjesecu za prethodni mjesec.

Obrazac se prvi puta popunjava kada liječnik ustanovi invaliditet kod neke osobe.

Obrazac se popunjava i prilikom svake promjene vrste i/ili stupnja težine invaliditeta (poboljšanja ili pogoršanja).

Kućice otisnute uz desni rub «Obrasca o invaliditetu» od 1. do 22. pitanja liječnik ne šifrira.