

**PRIJEDLOG IZABRANOG DOKTORA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE, ODNOSNO DOKTORA
SPECIJALISTA, ZA BOLNIČKU MEDICINSKU REHABILITACIJU I FIZIKALNU TERAPIJU**
(Uputiti na Ministarstvo hrvatskih branitelja,
Trg Nevenke Topalušić 1, Zagreb)

1. PODACI O KORISNIKU

IME	
PREZIME	
JMBG ili OIB:	
OIB	
ADRESA STANOVANJA	
MJESTO STANOVANJA	

2. PODACI O DOKTORU, PODNOSITELJU PRIJEDLOGA

IME I PREZIME, SPECIJALNOST	
ZDRAVSTVENA USTANOVA	
ADRESA I SJEDIŠTE	
BROJ TELEFONA	

3. PRIJEDLOG ZA:

- a) BOLNIČKU MEDICINSKU REHABILITACIJU
- b) AMBULANTNU FIZIKALNU TERAPIJU
- c) FIZIKALNU TERAPIJU U KUĆI

UPUTNA DIJAGNOZA	
NALAZ I MIŠLJENJE DOKTORA SPECIJALISTE (ime i prezime, specijalnost, datum izdavanja)	
PRIJEDLOG ZDRAVSTVENE USTANOVE / SPECIJALNE BOLNICE (naziv i sjedište)	

4. OBRAZLOŽENJE PRIJEDLOGA ZA BOLNIČKU MEDICINSKU REHABILITACIJU ILI FIZIKALNU TERAPIJU:

MEDICINSKA DOKUMENTACIJA: _____ (ukupan broj stranica)

PRIVITAK:

- a) zahtjev korisnika za bolničku medicinsku rehabilitaciju i fizikalnu terapiju (Obrazac broj 1)
- b) odgovarajuća medicinska dokumentacija
- c) preslika izvršnog rješenja o priznavanju statusa HRVI iz Domovinskog rata
- d) preslika odgovarajućeg nalaza i mišljenja vijeća viših vještaka nadležnog tijela vještačenja u postupku ostvarivanja statusa HRVI iz Domovinskog rata
- e) mišljenje i nalaz doktora specijalista odgovarajuće specijalnosti o potrebi liječenja bolničkom medicinskom rehabilitacijom i fizikalnom terapijom
- f) preslika izvršnog rješenja iz članka 4. ili 6. Pravilnika o načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata koja nisu utvrđena kao standard prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja

U _____

potpis i faksimil doktora