

IME I PREZIME

ADRESA PREBIVALIŠTA

BROJ TELEFONA/MOB.

**GRADSKI URED ZA SOCIJALNU ZAŠTITU,
ZDRAVSTVO, BRANITELJE I OSOBE S
INVALIDITETOM
SEKTOR ZA BRANITELJE
Zagreb, Vodnikova 14**

Z A H T J E V

za ostvarivanje bolničkog liječenja medicinskom rehabilitacijom HRVI iz Domovinskog rata

U Zagrebu,

(potpis)

PRILOŽITI SLIJEDEĆU DOKUMENTACIJU:

- 1. drugostupanjsko rješenje o statusu HRVI**
- 2. nalaz i mišljenje Drugostupanjskog liječničkog povjerenstva**
- 3. dokaz o prebivalištu (osobna iskaznica na uvid)**
- 4. medicinska dokumentacija – preslike (originali na uvid) + zadnje otpusno pismo iz lječilišta, za HRVI-e koji mjeru medicinske rehabilitacije ne koriste 1. put**
- 5. potvrda izabranog liječnika primarne zdravstvene zaštite o nepostojanju kontraindikacija**

**NAPOMENA: svu dokumentaciju (osim liječničke potvrde) dostaviti u preslici,
a originale dostaviti na uvid**

Sastavni dio ovoga zahtjeva čine izjava i polazni karton

IZJAVA O SUGLASNOSTI

Upoznat-a sam da se sukladno Zakonu o provedbi opće uredbe o zaštiti podataka (Narodne novine 42/18) i Uredbi (EU 2016/679) moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja medicinske rehabilitacije temeljem Odluke o uvjetima i načinu ostvarivanja bolničkog liječenja medicinskom rehabilitacijom HRVI iz Domovinskog rata i članova obitelji smrtno stradaloga, zatočenoga ili nestaloga hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata (Službeni glasnik Grada Zagreba 02/15) te korištenja navedene mjere i evidencije o istome.

Podaci se u druge svrhe neće koristiti.

Sukladno navedenome, dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu za prikupljanje i obradu istih u navedenu svrhu, dostavu ugovornoj ustanovi u kojoj se obavlja medicinska rehabilitacija, objavu Zaključka o odobravanju medicinske rehabilitacije na službenoj web stranici Grada Zagreba te radi izvršavanja zakonskih obveza voditelja evidencije osobnih podataka Gradskog ureda za socijalnu zaštitu, zdravstvo, branitelje i osobe s invaliditetom.

Ime i prezime službene osobe voditelja evidencije

U Zagrebu,

potpis

(Ime i prezime)

(Adresa prebivališta)

(Broj osobne iskaznice)

(OIB)

(Osoba za kontakt – ime i prezime, broj telefona)

IZJAVA

radi ostvarivanja bolničkog liječenja medicinskom rehabilitacijom hrvatskih ratnih vojnih invalida iz Domovinskog rata.

Ja , rođen/a u od
(ime i prezime) (datum rođenja) (mjesto rođenja)

oca i majke , HRVI skupine s % oštećenja
(ime oca) (ime majke)

organizma temeljem ranjavanja, ozljede, oboljenja - stalno, privremeno do ,

izjavljujem pod kaznenom i materijalnom odgovornošću slijedeće:

Nikada do sada nisam liječen-a/ jesam liječen-a, a niti sada ne bolujem od oboljenja - bolujem od oboljenja: febrilna stanja, akutne zarazne bolesti, teški psihički poremećaji u akutnoj fazi, patološka trudnoća, imobilizacija zbog koje nije moguće provoditi rehabilitacijsko liječenje, komplicirani tijek koronarne bolesti, kardijarna dekompenzacija, nepodnošenje ergometrijskog opterećenja od 50W tj. 300Hpm, odnosno 2.0 METT-a, teški poremećaj srčanog ritma, ehografski utvrđeno povećanje kavunia lijeve klijetke više od šest cm, kardijovaskularne aneurizme, teškog oštećenja jetre i bubrega, zloćudne bolesti u stanjima egzacerbacije i dekompenzacije. Isto tako izjavljujem da mi je poznato o kojima se oboljenjima radi s obzirom da sam se konzultirao-la sa svojim izabranim liječnikom koji mi je i izdao potvrdu da nisam-jesam bolovao/la- bolujem od navedenih bolesti.

Ovom prilikom također izjavljujem da ja i moja obitelj za slučaj bilo kakvog nesretnog slučaja tijekom same rehabilitacije ili posljedica iste neću- neće tražiti bilo kakvu naknadu od Grada Zagreba za moguće posljedice na moje zdravlje ili život obzirom da u trenutku odluke o odobrenju medicinske rehabilitacije nisu postojale kontraindikacije propisane člankom 7. Odluke o uvjetima i načinu ostvarivanja bolničkog liječenja medicinskom rehabilitacijom hrvatskih ratnih vojnih invalida Domovinskog rata, o čemu mi je ovjerenu potvrdu izdao obiteljski liječnik primarne zdravstvene zaštite. Također se obvezujem da ću sve eventualne promjene vezane uz moje zdravstveno stanje javiti u Gradski ured za socijalnu zaštitu, zdravstvo, branitelje i osobe s invaliditetom prije samog odlaska na rehabilitaciju.

Tijekom odobrenog bolničkog liječenja medicinskom rehabilitacijom strogo ću se pridržavati svih pravila ustanove koja provodi medicinsku rehabilitaciju kako u svezi propisane terapije od nadležnih liječnika u ustanovi, tako i poštivanjem kućnog reda. U protivnome, suglasan sam da mi se odmah otkaže nastavak bolničkog liječenja medicinskom rehabilitacijom.

Izjavu vlastoručno potpisujem.

Zagreb,
(datum)

(potpis)

DOM ZDRAVLJA

(pečat zdravstvene ustanove)

Broj:

P O T V R D A

Uvidom u zdravstveni karton iz Zagreba,
 rođ. ,
u , potvrđuje se da u istom nisu evidentirane slijedeće medicinske
indikacije koje su prepreka za odobrenje medicinske rehabilitacije (članak 7. Odluke o uvjetima
i načinu ostvarivanja bolničkog liječenja medicinskom rehabilitacijom hrvatskih ratnih vojnih invalida
iz Domovinskog rata i članova obitelji smrtno stradalog, zatočenoga ili nestaloga hrvatskog branitelja
iz Domovinskog rata) te da nije u tijeku liječenje istog:

1. febrilna stanja, akutne zarazne bolesti, teški psihički poremećaji u akutnoj fazi, patološka trudnoća,
2. imobilizacija zbog koje nije moguće provoditi rehabilitacijsko liječenje,
3. kompliciran tijek koronarne bolesti, kardijalna dekompenzacija, nepodnošenje ergometrijskog opterećenja od 50w, tj. 300Hpm, odnosno 2.0 METT-a, teški poremećaj srčanog ritma, ehografski utvrđeno povećanje kavunia lijeve klijetke više od 6 cm, te kardiovaskularne aneurizme,
4. teška oštećenja jetre i bubrega,
5. zloćudne bolesti u stanjima egzacerbacije i dekompenzacije.

U Zagrebu,

(potpis i ovjera liječnika)