

**MIŠLJENJE OBITELJSKOG DOKTORA MEDICINE OSOBE LIŠENE POSLOVNE  
SPOSOBNOSTI O STANJU ZDRAVLJA ŠTIĆENIKA S OBZIROM NA RAZLOG  
LIŠENJA POSLOVNE SPOSOBNOSTI**

(popunjava se u tri primjerka)

Naziv zdravstvene ustanove	
OIB	
Obiteljski doktor medicine	
MBG	

Broj zdravstvenog kartona	
Mjesto	
Datum	

**1. OSOBNI PODACI O ŠTIĆENIKU / PACIJENTU**

Ime, očevo ime i prezime štićenika / pacijenta:

Adresa prebivališta (boravišta):

Zanimanje štićenika / pacijenta:

Broj iskaznice zdravstveno osigurane osobe:

**2. ANAMNEZA OSOBE LIŠENE POSLOVNE SPOSOBNOSTI (ŠTIĆENIKA / PACIJENTA)**

a) Osobna anamneza (prijašnje bolesti, ozljede, profesionalne bolesti, hospitalizacije):

---

---

---

---

b) Sadašnje bolesti, ozljede, profesionalne bolesti:

---

---

---

---



**5. MIŠLJENJE OBITELJSKOG DOKTORA MEDICINE OSOBE LIŠENE POSLOVNE SPOSOBNOSTI (ŠTIĆENIKA/PACIJENTA) S OBZIROM NA RAZLOG LIŠENJA POSLOVNE SPOSOBNOSTI, ZASNOVANO NA MIŠLJENJU LIJEČNIKA SPECIJALISTA.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**6. DODATAK**

OBITELJSKI DOKTOR MEDICINE OSOBE LIŠENE POSLOVNE SPOSOBNOSTI (ŠTIĆENIKA/PACIJENTA), UZ SVOJE MIŠLJENJE, OVOM OBRASCU OBVEZNO PRILAŽE I ODGOVARAJUĆU MEDICINSKU DOKUMENTACIJU navedenu u točki 3. ovoga obrasca. Navedite priloženu medicinsku dokumentaciju:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Potpis obiteljskog doktora medicine i pečat

---