

(naziv zdravstvene ustanove)

ZDRAVSTVENI KARTON

osobe koja posjeduje oružje

Uvjerenje se traži za:

1. držanje
2. držanje i nošenje oružja

Datum upisa _____

IZJAVA PREGLEDANOG:

Izjavljujem da nikada nisam bio liječen od nervnih duševnih bolesti te nisam imao napade padavice ili drugih nervnih napada, da nikada nisam gubio svijest, da nisam imao potres mozga, da ne patim od vrtoglavice te da nisam alkoholičar, niti liječen od alkoholizma.

_____ potpis

OPĆI PODACI

Ime, ime oca, prezime _____
 Dan, mjesec i godina rođenja _____
 Mjesto rođenja _____ Mjesto boravka _____
 Ulica i broj _____ Spol _____
 Bračno stanje _____ Školska sprema _____
 Zaposlen-a kod _____
 Posao koji obavlja _____
 Lična karta broj _____ Izdana od _____

Da li već ima dozvolu za: a) držanje oružja,
 b) držanje i nošenje oružja.

ANAMNEZA

LIČNA

bolesti pluća	ne - da
bolesti jetre	ne - da
bolesti srca	ne - da
visok RR	ne - da
šećerna bolest	ne - da
bolesti krvnih sudova	ne - da
frakture	ne - da
bolesti zglobova	ne - da

PORODIČNA

šećerna bolest	ne - da
duševne bolesti	ne - da
alkoholizam	ne - da
psihoze	ne - da
padavica	ne - da
bolesti srca	ne - da
visoki RR	ne - da

Izvod iz medicinske dokumentacije:

SADAŠNJE STANJE

Visina
 Težina
 Puls
 RR
 Opći izgled
 Glava i vrat
 Sluznice
 Koža
 Limfne žlijezde
 Grudni koš
 Srce
 Pluća
 Trbušni organi
 Genitourinarni organi
 Kičma
 Gornji udovi
 Donji udovi

LABORATORIJSKI NALAZI

SE _____ - E _____ Hgb _____ L _____ GUK _____ WaR _____
 URIN: _____ Alb. _____ Sach. _____ Sed. _____

RTG SRCA I PLUĆA _____
 EKG _____
 OSTALI NALAZI _____

MIŠLJENJE

a) za držanje oružja	spособan	nesposoban
b) za držanje i nošenje oružja	spособan	nesposoban

potpis ljekara

OFTALMOLOŠKI PREGLED

VISUD- OD _____ TONUS _____
 OS _____

FUNDUS _____
 OSTALI NALAZI _____

MIŠLJENJE:

a) za držanje oružja	sposoban	nesposoban
b) za držanje i nošenje oružja	sposoban	nesposoban

potpis ljekara

NEUROPSIHIJATRIJSKI PREGLED

ANAMNEZA

Trauma glave - bez gubitka svijesti
 - s gubitkom svijesti

Nesvjestice _____ Vrtoglavice _____
Alkohol _____ Padavica _____
Neuroze _____
Ostalo _____

Liječenje kod neuropsihijatra: - ambulantno
 - bolničko

Neurološki status _____
Psihički status _____
EEG _____
Ostalo _____

MIŠLJENJE:

a) za držanje oružja	sposoban	nesposoban
b) za držanje i nošenje oružja	sposoban	nesposoban

potpis ljekara

PSIHOLOGIJSKO ISPITIVANJE

PNT
RPM
RSB
TRL
MMPI
MMQ
TAM
BS
D

INTERVIEW
OSTALO

MIŠLJENJE:

a) za držanje oružja	sposoban	nesposoban
b) za držanje i nošenje oružja	sposoban	nesposoban

potpis psihologa

DOPUNSKI SPECIJALISTIČKI NALAZI (u slučaju potrebe)

Otorinolaringolog
Ortoped
Reumatolog
Internista
Ginekolog
Ostali

ZAKLJUČNO MIŠLJENJE O SPOSOBNOSTI

a) za držanje oružja	sposoban	nesposoban
b) za držanje i nošenje oružja	sposoban	nesposoban

Potpisi članova komisije:

ljekar medicine rada ili opće medicine

oftalmolog

neuropsihijatar

Psiholog

(naziv zdravstvene ustanove)

Broj: _____

(mjesto i datum)

**OBAVJEST O PROMJENI ZDRAVSTVENOG STANJA OSOBE
KOJA POSJEDUJE ORUŽJE**

POLICIJSKOJ UPRAVI _____

Ljekarskim pregledom kod _____
(ime, ime oca, prezime)

rođen-a _____ godine u _____ stalno nastanjen u _____

utvrđena je promjena zdravstvenog stanja slijedećim dijagnozama:

Na osnovu odredbi člana 5, 6. i 8. Pravilnika o uvjetima koje moraju ispunjavati zdravstvene ustanove koje će obavljati zdravstvene preglede i načinu obavljanja zdravstvenih pregleda za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti za držanje i nošenje oružja, te drugim pitanjima od značaja za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti i izdavanje ljekarskog uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti za držanje i nošenje oružja („Službene novine Kantona Sarajevo, broj: _____), imenovani-a **NIJE SPOSOBAN** za držanje ili za držanje i nošenje oružja.

potpis ljekara

(naziv zdravstvene ustanove)

Broj: _____

(mjesto i datum)

Na osnovu člana 15. Zakona o nabavljanju, držanju i nošenju oružja i municije („Službene novine Kantona Sarajevo, broj: 1/18), a u skladu sa odredbama člana 4., 5, 9, i 11. Pravilnika o uvjetima koje moraju ispunjavati zdravstvene ustanove koje će obavljati zdravstvene preglede i načinu obavljanja zdravstvenih pregleda za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti za držanje i nošenje oružja, te drugim pitanjima od značaja za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti i izdavanje ljekarskog uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti za držanje i nošenje oružja („Službene novine Kantona Sarajevo, broj: ____), zdravstvena komisija:

(naziv medicinske ustanove)

povodom izvršenog zdravstvenog pregleda _____

(ime, ime oca i prezime)

rođen-a _____ godine u _____

stalno nastanjen-a u _____

radi utvrđivanja zdravstvene sposobnosti za držanje ili držanje i nošenja oružja, izdaje:

U V J E R E N J E

Potvrđuje se da je _____

(ime, ime oca i prezime)

iz _____

zdravstveno sposoban/a - nesposoban/a _____

Uvjerjenje se izdaje u svrhu _____

Osoba koja je nezadovoljna ocjenom ove komisije može podnijeti zahtjev da se uputi na pregled drugostepenoj komisiji _____
u roku od 15 dana od prijema ovog uvjerenja.

Predsjednik komisije:
