

PRILOG 1.

**POTVRDA IZABRANOG DOKTORA MEDICINE
PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

Potvrđujem da _____ rođen/a _____
(ime i prezime)

s prebivalištem u _____

1. NE BOLUJE OD PSIHIČKIH, ZARAZNIH I KRONIČNIH NEZARAZNIH BOLESTI

2. BOLUJE OD SLJEDEĆIH PSIHIČKIH, ZARAZNIH I KRONIČNIH NEZARAZNIH BOLESTI:

3. UZIMA POVREMENO ILI STALNO SLJEDEĆE LIJEKOVE:

ADRESA ORDINACIJE, TELEFON, E-MAIL:

(mjesto i datum izdavanja)

(potpis i pečat doktora medicine)

PRILOG 2.

(ovlaštena zdravstvena ustanova)

EVIDENCIJA O ZDRAVSTVENOM PREGLEDU

Datum upisa _____

ZDRAVSTVENI PREGLED:

1. kandidata
2. redovan zdravstveni pregled službenika pravosudne policije
3. izvanredan zdravstveni pregled službenika pravosudne policije

OSOBNİ PODACI

Prezime i ime _____ Ime oca _____

Datum i mjesto rođenja _____

Mjesto i adresa prebivališta _____

Spol _____ Bračno stanje _____

Školska sprema i zanimanje _____

Radno mjesto i gdje _____

Broj osobne iskaznice _____ izdane od _____

ANAMNEZA I STATUS

OSOBNİ (bolesti pluća, jetre, srca, krvotok, zglobova, visoki RR, frakture, šećerna bolest):

OBITELJSKA (šećerna bolest, bolest srca, visoki RR, duševne bolesti – alkoholizam – psihoze – padavica):

Visina _____ Težina _____ Puls _____ RR _____

Opći izgled _____

Glava i vrat _____

Sluznice _____ Koža _____

Limfne žlijezde _____ Grudni koš _____

Srce _____ Pluća _____

Trbušni organi _____

Genitourinarni organi _____

Kralježnica _____

Gornji udovi _____ Donji udovi _____

LABORATORIJSKI NALAZ

SE _____ E _____ Hgb _____ I _____ GUK _____ WaR _____

URIN: Alb _____ Sach _____ Sed _____

RTG srca i pluća _____

EKG _____

OSTALI NALAZI _____

MIŠLJENJE: 1. sposoban

2. nesposoban

(potpis ovlaštenog doktora medicine)

OFTALMOLOŠKI PREGLED

VISUS – OD _____ TONUS _____

– OS _____

FUNDUS _____

OSTALI NALAZI _____

MIŠLJENJE: 1. sposoban
2. nesposoban

(potpis specijalista oftalmologa)

NEUROPSIHIJATRIJSKI PREGLED

ANAMNEZA:

Trauma glave: – bez gubitka svijesti – s gubitkom svijesti

Nesvjestice _____ Vrtoglavice _____

Alkohol _____ Padavica _____

Ostalo.....

Liječenje kod neuropsihijatra: DA – ambulantno – bolničko NE

Neurološki status _____

Psihički status

EEG

.....

Ostalo

.....

MIŠLJENJE: 1. sposoban
2. nesposoban

(potpis ovlaštenog doktora medicine specijalista)

PSIHOLOGIJSKO ISPITIVANJE

PNT _____ RPM _____

RSB _____ TRL _____

MMPI _____ MMQ _____

ULA _____ ULB _____

TAM _____ BS _____

D _____

INTERVJU _____

OSTALO _____

MIŠLJENJE: 1. sposoban
2. nesposoban

(potpis psihologa)

OSTALI SPECIJALISTIČKI NALAZI (prema potrebi)

Otorinolaringolog _____

Ortoped _____

Reumatolog _____

Internist _____

Ginekolog _____

Ostali _____

ODLUKA KOMISIJE:

1. sposoban
2. potreban ponovni pregled po završetku liječenja
3. nesposoban

Predsjednik: _____

Član: _____

Član: _____

Član: _____

M.P.

PRILOG 3.

(naziv ovlaštene zdravstvene ustanove)

Redni broj: _____

Datum pregleda: _____

**ODLUKA O UTVRĐENJU POSEBNE ZDRAVSTVENE
SPOSOBNOSTI KANDIDATA/SLUŽBENIKA
PRAVOSUDNE POLICIJE**

Ime (ime oca) prezime: _____

Datum rođenja: _____ OIB:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PREGLED: 1. redovan

2. izvanredan

ODLUKA:

1. SPOSOBAN

2. POTREBAN PONOVI PREGLED PO ZAVRŠETKU LIJEČENJA

3. NESPOSOBAN

NAPOMENA:

Datum: _____

KOMISIJA:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

M.P.

DOSTAVITI:

1. Ministarstvo pravosuđa,
2. izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite,
3. ovlaštena zdravstvena ustanova.