



РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ПЕНЗИЈСКО
И ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ
ДИРЕКЦИЈА ФОНДА
Београд, др Александра Костића бр. 9
Орган вештачења у **првостепеном** поступку

Образац 2.

Филијала:

Број: _____

Врста захтева

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

Датум: _____

Захтев поднет

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

Место _____

НАЛАЗ, МИШЉЕЊЕ И ОЦЕНА

ЈМБГ/ПП

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

ЈМБГ/ЛБ

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

1. ЛИЧНИ ПОДАЦИ:

пол

--	--

(име, име једног родитеља и презиме)

Број личне карте

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

датум рођења

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

Основ осигурања: запослење

☐

Самост. дел.

☐

Пољ. дел.

☐

--	--

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

(назив и адреса послодавца)

Школска спрема/ратно место

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

--	--

Дужина стажа осигурања

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

--	--

Место пребивалишта и адреса

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

2. АНАМНЕЗА, САДАШЊА БОЛЕСТ, ГЛАВНЕ ТЕГОВЕ:

3. ОБЈЕКТИВНИ НАЛАЗ:

4. МЕДИЦИНСКА И ДРУГА ДОКУМЕНТАЦИЈА НА КОЈОЈ СЕ ЗАСНИВА ОЦЕНА

5. ДИЈАГНОЗА И ШИФРА ОСНОВНЕ И ПРИДРУЖЕНИХ БОЛЕСТИ (МКБ 10)

--	--

6. ОЦЕНА РАДНЕ СПОСОБНОСТИ, ОДНОСНО СПОСОБНОСТИ ЗА ПРОФЕСИОНАЛНУ ВОЈНУ СЛУЖБУ

Датум настанка инвалидности

Узрок настанка

Проценат утицаја на укупну инвалидност

Контролни преглед (код породичних пензија)

A 3D coordinate system diagram with three axes. The vertical axis is labeled 'ПОВ'. The horizontal axis pointing to the right is labeled 'ПРБО'. The diagonal axis pointing towards the bottom-left is labeled 'БОЛ'. The axes are represented by lines with arrows at their ends, and the labels are placed near the origin.

7. ОЦЕНА ПОСТОЈАЊА ТЕЛЕСНОГ ОШТЕЋЕЊА

Датум настанка

Узрок настанка

Контролни преглед

8. ОЦЕНА ПОСТОЈАЊА ПОТРЕБЕ ЗА ПОМОЋИ И НЕГОМ ДРУГОГ ЛИЦА

Датум настанка

Узрок настанка

Контролни преглед

9. ЕПИКРИЗА И МИШЉЕЊЕ О ТОМЕ ДА ЛИ СУ КОД ОРС ПРОМЕНЕ У ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ ТАКВЕ ДА СЕ НЕ МОГУ ОТКЛОНИТИ ЛЕЧЕЊЕМ ИЛИ МЕД. РЕХАБИЛИТАЦИЈОМ

М.П.

ЛЕКАР ВЕШТАК



Филијала:

Орган вештачења у **првостепеном** поступку

Број: _____

Датум: _____

Место _____

Врста захтева

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

Захтев поднет

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

НАЛАЗ, МИШЉЕЊЕ И ОЦЕНА

ЈМБГ/ПП

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

ЈМБГ/ЛБ

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

1. ЛИЧНИ ПОДАЦИ:

пол

--	--

_____ (име, име једног родитеља и презиме)

Број личне карте

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

датум рођења

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

Основ осигурања: запослење

☐

Самост. дел.

☐

Пољ. дел.

☐

--	--

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

_____ (назив и адреса послодавца)

Школска спрема/ратно место

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

--	--

Дужина стажа осигурања

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

--	--

Место пребивалишта и адреса

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

2. АНАМНЕЗА, САДАШЊА БОЛЕСТ, ГЛАВНЕ ТЕГОВЕ:

3. ОБЈЕКТИВНИ НАЛАЗ:

4. МЕДИЦИНСКА И ДРУГА ДОКУМЕНТАЦИЈА НА КОЈОЈ СЕ ЗАСНИВА ОЦЕНА

5. ДИЈАГНОЗА И ШИФРА ОСНОВНЕ И ПРИДРУЖЕНИХ БОЛЕСТИ (МКБ 10)

--	--

--	--	--

ПОВ	ПРБО	БОЛ

7. ОЦЕНА ПОСТОЈАЊА ТЕЛЕСНОГ ОШТЕЋЕЊА

A horizontal number line with vertical tick marks at every integer from 0 to 10. A bracket is drawn above the line, spanning from the tick mark for 6 to the tick mark for 8.

--	--	--

8. ОЦЕНА ПОСТОЈАЊА ПОТРЕБЕ ЗА ПОМОЋИ И НЕГОМ ДРУГОГ ЛИЦА

1	2
---	---

9. ЕПИКРИЗА И МИШЉЕЊЕ О ТОМЕ ДА ЛИ СУ КОД ОРС ПРОМЕНЕ У ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ ТАКВЕ ДА СЕ НЕ МОГУ ОТКЛОНИТИ ЛЕЧЕЊЕМ ИЛИ МЕД. РЕХАБИЛИТАЦИЈОМ
