



ZDRAVNIŠKO POTRDILO ZA DODELITEV POSEBNIH DRUŽINSKIH DODATKOV ALI POVEČANIH DRUŽINSKIH DODATKOV ZA
TELESNO OVIRANE IN DUŠEVNO MOTENE OTROKE

Uredba 1408/71: čl. 73; čl. 74
Uredba 574/72: čl. 86; čl. 88

A. Zahtevek za potrdilo

Izpolni nosilec, pristojen za dodelitev družinskih dajatev

| | | | | |
|-----|--|--|------------------------------------|--|
| 1. | <input type="checkbox"/> Zaposlena oseba | <input type="checkbox"/> Samozaposlena oseba | | |
| 1.1 | Priimek ^(1a) | | | |
| 1.2 | Imena | Prejšnji priimki ^(1a) | Kraj rojstva ^(1b) | |
| 1.3 | Datum rojstva | Spol | Državljanstvo | Identifikacijska št./št. zavarovanja ^(1c) |
| 1.4 | Naslov ⁽²⁾ | | | |

| | | | | |
|-----|--|---------------|------|--|
| 2. | Otrok, za katerega se zahteva potrdilo | | | |
| 2.1 | Priimek ^(1a) | | | |
| 2.2 | Imena | | | |
| 2.3 | Kraj rojstva ^(1b) | Datum rojstva | Spol | Identifikacijska št./št. zavarovanja ^(1c) |
| 2.4 | Naslov ⁽²⁾ | | | |

| | | | | |
|-----|--|------------|--|-------|
| 3. | Nosilec, pristojen za dodelitev družinskih dajatev | | | |
| 3.1 | Naziv | | | |
| 3.2 | Naslov ⁽²⁾ | | | |
| 3.3 | Številka zadeve | | | |
| 3.4 | Žig | 3.5 Datum | | |
| | | 3.6 Podpis | | |

B. Potrdilo

Zdravnik, ki ga imenuje nosilec v kraju prebivališča zdravniško pregledanega otroka, naj izpolni to in naslednjo stran in pošlje nosilcu, navedenem v okvirčku 3. Zdravnik priloži vso najnovejšo medicinsko dokumentacijo (fotografije, rentgenske slike, izvidi zdravniških preiskav, itd.) ⁽⁴⁾.

| | | |
|-----|---|--|
| 4. | | |
| 4.1 | Otrokova starost na dan pregleda: let mesecev Otrokova teža: kilogramov gramov višina: centimetrov | |
| 4.2 | Psihomotorična zaostalost Zaostalost glede na normalni otrokov razvoj za to starost: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Če je, prosim, natančno navedite: | |
| 4.3 | Samostojnost Ali lahko otrok sedi brez pomoči? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ali lahko hodi? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ali lahko govori? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ali se lahko obleče brez pomoči? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ali lahko je brez pomoči? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ali lahko piše? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne ⁽³⁾ Ali zadržuje urin? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne ⁽³⁾ | |
| 4.4 | Pomoč Ali otrokovo stanje zahteva prisotnost druge osebe? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Stalno prisotnost? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Občasno dnevno prisotnost <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne ali druge ukrepe (prosimo, natančno navedite): | |
| 4.5 | Narava osnovne duševne motenosti ali telesne oviranosti Ali je otrokova oviranost v zvezi s čutili? v zvezi z vidom? v zvezi s sluhom? motorična: mentalna: mentalna stopnja vedenje drugo | |
| 4.6 | Izvor duševne motenosti ali telesne oviranosti ⁽³⁾ — prirojena anomalija <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne — bolezen <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne nastop bolezni: datum diagnoze: mesec: leto: začetek zdravljenja: mesec: leto: — nesreča <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne datum nesreče: | |
| 4.7 | Spremljajoče duševne motenosti ali duševne oviranosti Katere? Druge telesne in duševne pomanjkljivosti | |
| 4.8 | Dodatne ugotovitve Duševne motenosti ali telesne oviranosti v družini: Že opravljeni dodatni zdravniški pregledi: (kopije izvidov zdravniških preiskav se priložijo, kadar je potrebno) | |

4.9 Zdravljenje, vključno z rehabilitacijo in medikamentalnim zdravljenjem. Kakšne oblike zdravljenja se izvajajo?

.....

Od kdaj?

Kakšne oblike zdravljenja se priporočajo?

— Operacija:

.....

— Bolnišnična zdravljenja (v zadnjih treh letih):

— Zdravljenje na domu (zdravila, ...): od kdaj/...../.....

..... od kdaj/...../.....

..... od kdaj/...../.....

— Rehabilitacija: Začetek: Pogostost: Kje:

Logoped:

Fizioterapevt:

Delovna terapija:

(Psiho)terapija:

Prva pomoč na domu:

4.10 Ukrepi izobraževanja in usposabljanja

Kakšne oblike izobraževanja in usposabljanja se izvajajo?

.....

Od kdaj?

Kakšno izobraževanje in usposabljanje se priporoča?

4.11 Prognoza

Prosim, natančno navedite:

.....

4.12 ICD (International Classification of Diseases – Mednarodna klasifikacija bolezni) koda bolezni

4.13 Začetek bolezni

4.14 Datum naslednje kontrole

5.

5.1 Priimek in imena zdravnika:

5.2 Naslov (²)

.....

5.3 Datum

.....

5.4 Podpis

.....

NAVODILA

Prosimo, da obrazec izpolnite z velikimi tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega štiri strani, vrnite ga v celoti, četudi ne vsebuje ustreznih podatkov. Izpolni se v jeziku zdravnika, ki izdaja potrdilo.

OPOMBE

- (¹) Oznaka države nosilca, ki izpolnjuje obrazec: BE = Belgija; CZ = Češka; DK = Danska; DE = Nemčija; EE = Estonija; GR = Grčija; ES = Španija; FR = Francija; IE = Irska; IT = Italija; CY = Ciper; LV = Latvija; LT = Litva; LU = Luksemburg; HU = Madžarska; MT = Malta; NL = Nizozemska; AT = Avstrija; PL = Poljska; PT = Portugalska; SI = Slovenija; SK = Slovaška; FI = Finska; SE = Švedska; UK = Združeno kraljestvo; IS = Islandija; LI = Lihtenštajn; NO = Norveška; CH = Švica.
- (^{1a}) Pri španskih državljanih navedite oba priimka ob rojstvu.
Pri portugalskih državljanih navedite vsa imena (imena, priimek, dekliniški priimek) glede na zaporedje osebnega statusa, kot so navedena na osebni izkaznici ali potnem listu.
- (^{1b}) Pri portugalskih upravnih enotah navedite tudi župnijo in občino.
- (^{1c}) V primeru pošiljanja obrazca češkemu nosilcu, navedite rojstno številko; ciprskemu nosilcu, če gre za nacionalno državo, ciprsko identifikacijsko številko, če ne gre za nacionalno državo pa številko potrdila registracije tujcev (ARC); danskemu nosilcu je potrebno navesti CPR številko; finskemu nosilcu navedite registrsko številko prebivalstva; švedskemu nosilcu navedete osebno številko; islandskemu nosilcu navedete osebno identifikacijsko številko (kennitala); nosilcu v Lihtenštajnu navedete številko zavarovanja (AHV); litvanskemu državnemu nosilcu navedete osebno identifikacijsko številko; latvijskemu državnemu nosilcu navedete identifikacijsko številko; madžarskemu nosilcu navedete socialno zavarovalno identifikacijsko številko (TAJ); malteškemu nosilcu v primeru malteškega državljanstva navedete identifikacijsko številko izkaznice, v primeru malteškega nedržavljanstva pa navedete malteško socialno varnostno številko; norveškemu nosilcu sporočite osebno identifikacijsko številko (fodselsnummer); belgijskemu nosilcu navedete nacionalno socialno varnostno številko (NISS); nemškemu nosilcu splošne pokojninske zavarovalne sheme navedete številko zavarovanja (VSNR); španskemu nosilcu navedete številko, ki je na nacionalni identifikacijski kartici (DNI) ali N.I.E. v primeru tujcev, četudi je kartica potekla; poljskemu nosilcu navedete PESEL in NIP številke; portugalskemu nosilcu sporočite registracijsko številko s splošno pokojninsko shemo, če je oseba zavarovana v okviru socialne sheme za državne uslužbence na Portugalskem; slovaškemu nosilcu navedete rojstno številko; slovenskemu nosilcu navedete enotno matično številko občana (EMŠO); švicarskemu nosilcu navedete AVS/AI (AHV/IV) številko zavarovanja. V nasprotnem primeru navedite „JE NI“.
- (²) Ulica, hišna številka, poštna številka, kraj, država.
- (³) Izpolni se, če je belgijski ali slovaški nosilec pristojen za dodelitev družinskih dajatev.
- (⁴) V Sloveniji izpolni zdravniška komisija, ki jo imenuje minister za delo, družino in socialne zadeve.
-