

c) Sedanje bolezni, poškodbe in poklicne bolezni (ki so razlog za predstavitev invalidski komisiji in vplivajo na delovno zmožnost) in njihovo zdravljenje:

d) Zdravila, ki jih zavarovanec redno prejema:

e) Uspeh zdravljenja ali medicinske rehabilitacije in prognoza:

f) Zadnja neprekinjena začasna zadržanost z dela (pri zaposlenih) od: _____

g) Morebitna opozorila osebnega ali imenovanega zdravnika:

4. IZVID OSEBNEGA PREGLEDA ZAVAROVANCA:

Telesna višina: _____ cm

RR: _____ mmHg

Telesna masa: _____ kg

Pulz: _____ na min

STATUS*:

** Navedite le patološke ugotovitve in/ali morebitna odstopanja od statusov v priloženih specialističnih izvidih glede na stanje, ki ga ugotavljate; katere trajne anatomske ali funkcijske okvare so predmet ocene telesne okvare in/ali potrebe po pomoči in postrežbi.*

5. DIAGNOZE PO MKB-10 Z USTREZNO ŠIFRO:

	Naziv bolezni	Šifra*
GLAVNA bolezen, ki bistveno vpliva na delovno zmožnost	_____	_____
DRUGE bolezni, ki vplivajo na delovno zmožnost	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
BOLEZNI,** ki ne vplivajo na delovno zmožnost	_____ _____	_____ _____

** Šifriranje diagnoz po MKB-10 v prvi in drugi rubriki (glavne in druge bolezni) je obvezno.*

*** Tiste bolezni, ki utegnejo biti pomembne za mnenje o preostali delovni zmožnosti pri razporeditvi k drugemu delu ali so kontraindikacija za opravljanje določenih del.*

6. MNENJE IN STALIŠČE OSEBNEGA ZDRAVNIKA IN/ALI IZVAJALCA MEDICINE DELA O DELOVNI ZMOŽNOSTI ZAVAROVANCA:

- a) Ali je zavarovančeva delovna zmožnost zmanjšana? ☐ DA ☐ NE
- b) Ali je zavarovančeva delovna zmožnost popolnoma izgubljena? ☐ DA ☐ NE
- c) Ali je zavarovanec zmožen opraviti sedanje ali drugo delo v krajšem delovnem času? ☐ DA ☐ NE
- d) Ali je z ergonomsko ureditvijo sedanjega delovnega mesta možno odstraniti vzroke zmanjšane delovne zmožnosti? ☐ DA ☐ NE
- e) Navedite okvirno, katere delovne zahteve, obremenitve in škodljivosti niso v skladu z zavarovančevim zdravstvenim stanjem: _____
- f) Ali bi se s poklicno rehabilitacijo zavarovanec lahko usposobil za drugo delo ali za drug poklic:
- ☐ s polnim delovnim časom?
- ☐ s krajšim delovnim časom od polnega, vsaj 4 ure dnevno?
- g) Vzrok zmanjšane delovne zmožnosti in/ali telesne okvare je *:
- ☐ bolezen ☐ poškodba pri delu **
- ☐ poklicna bolezen*** ☐ poškodba zunaj dela ☐ prometna nesreča z dne _____

*Možnih je več vzrokov, ki se nanašajo na glavno ali drugo bolezen.

Če gre za nezgodo ali poškodbo pri delu, ki se je zgodila **do 31. 8. 2022, je potrebno obvezno priložiti obrazec ER-8. Če gre za nezgodo ali poškodbo pri delu, ki se je zgodila **od 1. 9. 2022 dalje**, je potrebna skladno s [Pravilnikom o prijavi nezgode in poškodbe pri delu](#), elektronska prijava.

***Če je vzrok poklicna bolezen, je potrebno predložiti ugotovitev interdisciplinarne skupine strokovnjakov za ugotavljanje poklicnih bolezni pri KIMDPŠ v skladu s [Pravilnikom o poklicnih boleznih](#).

7. POTREBA PO STALNI POMOČI IN POSTREŽBI DRUGEGA SLEPI ALI SLABOVIDNI OSEBI:*

- ☐ DA, kot slepi osebi (obvezen je izvid okulista)
- ☐ DA, kot slabovidni osebi (obvezen je izvid okulista)

Ali na okvaro vida vplivajo posledice prometne nesreče, ki se je pripetila

dne: _____ DA ☐ NE ☐

**Ali zavarovanec uživa pravico do dolgotrajne oskrbe po Zakonu o dolgotrajni oskrbi ali uživa pravico do dodatka za pomoč in postrežbo po Zakonu o socialnem vključevanju invalidov ali Zakonu o vojnih invalidih in ali je vložil zahtevo po teh zakonih?

DA ☐ NE ☐

Če DA, po katerem zakonu? _____

* Pravica do dodatka za pomoč in postrežbo **se izključuje s pravicami po Zakonu o dolgotrajni oskrbi in prav tako s pravico do dodatka za pomoč in postrežbo po Zakonu o socialnem vključevanju invalidov in Zakonu o vojnih invalidih.**

** Izpolnite, če razpolagate s podatkom.

8. SEZNANJENOST ZAVAROVANCA Z VLOŽITVIJO PREDLOGA:

Zavarovanec _____ je **bil dne** _____ **seznajen** z vložitvijo predloga zaradi uveljavljanja in varstva pravic iz invalidskega zavarovanja ali drugih pravic, in sicer:

- ☐ v ambulant/ZZZS, kar zavarovanec potrjuje s svojim podpisom _____;*
- ☐ v ambulant/ZZZS, kar je ustrezno zavedeno;**
- ☐ v dopisu preko fizične ali elektronske pošte;***
- ☐ na drug komunikacijski način, ki ga ima zdravstveni zavod/zasebna ambulanta/ZZZS.***

* Podpis zavarovanca.

** Če podpis zavarovanca ni možen ali zavarovanec ne želi podpisati seznaitve, se seznaitev zapiše v zdravstveni karton ali v drugo ustrezno dokumentacijo.

*** Zdravnik, ki izpolnjuje obrazec, razpolaga z dokazilom o seznajenosti zavarovanca z vložitvijo predloga.

POJASNILO: Uporabo osebnih podatkov, ki se nanaša na zdravstveno stanje zavarovanca, omogočata 178. in 181. člen Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Glede na navedeno zakonsko podlago soglasje zavarovanca za vložitev predloga ni potrebno, je pa nujno potrebna obveščenost zavarovanca o vložitvi predloga zaradi uveljavljanja in varstva pravic iz invalidskega zavarovanja. Več informacij o obdelavah osebnih podatkov je dostopnih na spletni strani zavoda na povezavi <https://www.zpiz.si/>.

Žig zdravstvenega zavoda /
zasebne ambulante / ZZZS:

Podpis in žig
osebne ali imenovanega zdravnika:

PRILOGE:

- Osebn ali imenovani zdravnik zavarovanca priloži medicinsko dokumentacijo: originalne izvide ali njihove kopije, katerih verodostojnost potrdi s podpisom in žigom.

DODATNA POJASNILA

Če obrazec IZ-1 izpolnjuje imenovani zdravnik ZZZS, mora o vložitvi predloga obvezno obvestiti osebnega zdravnika.

Če medicinska dokumentacija ni popolna, se v primeru, da je obrazec IZ-1 izpolnil imenovani zdravnik ZZZS, za dopolnitev zaprosi osebnega zdravnika.

Če je obrazec IZ-1 izpolnil imenovani zdravnik ZZZS, se o končanju upravnega postopka z upravnim aktom (odločbo ali sklepom) z izvedenskim mnenjem seznani imenovanega zdravnika ZZZS in tudi osebnega zdravnika.