**IME I PREZIME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ADRESA PREBIVALIŠTA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BROJ TELEFONA/MOB.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **GRADSKI URED ZA BRANITELJE**

 **Zagreb, Vodnikova 14**

***Z A H T J E V***

***za ostvarivanje bolničkog liječenja medicinskom rehabilitacijom članova obitelji smrtno stradaloga, zatočenoga ili nestalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**U Zagrebu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(potpis podnositelja zahtjeva)**

**PRILOŽITI SLIJEDEĆU DOKUMENTACIJU:**

1. **drugostupanjsko rješenje o pravu na obiteljsku invalidninu člana obitelji smrtno stradaloga hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata**
2. **dokaz o prebivalištu (osobna iskaznica na uvid)**
3. **mišljenje i nalaz doktora specijalista odgovarajuće specijalnosti o potrebi medicinske rehabilitacije;**
4. **medicinska dokumentacija – preslike (original na uvid**)
5. **potvrda izabranog liječnika primarne zdravstvene zaštite o nepostojanju kontraindikacija**

**NAPOMENA: svu dokumentaciju (osim liječničke potvrde) dostaviti u preslici,**

 **a originale dostaviti na uvid.**

***Sastavni dio ovoga zahtjeva čine izjava i polazni karton***

**IZJAVA O SUGLASNOSTI**

Upoznat-a sam da se sukladno Zakonu o provedbi opće uredbe o zaštiti podataka (Narodne novine 42/18) i Uredbi (EU 2016/679) moji osobni podaci kao podnositelja zahtjeva prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja medicinske rehabilitacije temeljem Odluke o uvjetima i načinu ostvarivanja bolničkog liječenja medicinskom rehabilitacijom HRVI iz Domovinskog rata i članova obitelji smrtno stradaloga, zatočenoga ili nestaloga hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata (Službeni glasnik Grada Zagreba 02/15) te korištenja navedene mjere i evidencije o istome.

Podaci se u druge svrhe neće koristiti.

Sukladno navedenome, dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu za prikupljanje i obradu istih u navedenu svrhu, dostavu ugovornoj ustanovi u kojoj se obavlja medicinska rehabilitacija, objavu Zaključka o odobravanju medicinske rehabilitacije na službenoj web stranici Grada Zagreba te radi izvršavanja zakonskih obveza voditelja evidencije osobnih podataka Gradskog ureda za branitelje.

Ime i prezime službene osobe voditelja evidencije \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U Zagrebu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

                                                                                                             (potpis podnositelja zahtjeva)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ime i prezime)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Adresa prebivališta)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Broj osobne iskaznice)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (OIB)

**IZJAVA**

radi ostvarivanja bolničkog liječenja medicinskom rehabilitacijom članova obitelji smrtno stradaloga, nestaloga i/ili zatočenoga hrvatskoga branitelja iz Domovinskog rata.

Ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rođen/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_od

 (ime i prezime) (datum rođenja) (mjesto rođenja)

oca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i majke \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (ime oca) (ime majke)

član obitelji (ZAOKRUŽITI: roditelj, udovac/ica, dijete/pastorak) smrtno stradaloga, nestaloga i/ili zatočenoga hrvatskoga branitelja iz Domovinskog rata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (ime i prezime hrvatskog branitelja po kojemu se izvodi pravo)

**izjavljujem** pod kaznenom i materijalnom odgovornošću slijedeće:

Nikada do sada nisam liječen-a/ jesam liječen-a, a niti sada ne bolujem od oboljenja - bolujem od oboljenja: febrilna stanja, akutne zarazne bolesti, teški psihički poremećaji u akutnoj fazi, patološka trudnoća, imobilizacija zbog koje nije moguće provoditi rehabilitacijsko liječenje, komplicirani tijek koronarne bolesti, kardijarna dekompenzacija, nepodnošenje ergometrijskog opterećenja od 50W tj. 300Hpm, odnosno 2.0 METT-a, teški poremećaj srčanog ritma, ehografski utvrđeno povećanje kavunia lijeve klijetke više od šest cm, kardijovaskularne aneurizme, teškog oštećenja jetre i bubrega, zloćudne bolesti u stanjima egzacerebracije i dekompenzacije. Isto tako izjavljujem da mi je poznato o kojima se oboljenjima radi s obzirom da sam se konzultirao-la sa svojim izabranim liječnikom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_koji mi je i izdao potvrdu da nisam-jesam bolovao/la- bolujem od navedenih bolesti.

Ovom prilikom također izjavljujem da ja i moja obitelj za slučaj bilo kakvog nesretnog slučaja tijekom same rehabilitacije ili posljedica iste neću- neće tražiti bilo kakvu naknadu od Grada Zagreba za moguće posljedice na moje zdravlje ili život obzirom da u trenutku odluke o odobrenju medicinske rehabilitacije nisu postojale kontraindikacije propisane člankom 7. Odluke o uvjetima i načinu ostvarivanja bolničkog liječenja medicinskom rehabilitacijom hrvatskih ratnih vojnih invalida Domovinskog rata, o čemu mi je ovjerenu potvrdu izdao obiteljski liječnik primarne zdravstvene zaštite. Također se obvezujem da ću sve eventualne promjene vezane uz moje zdravstveno stanje javiti u Gradski ured za branitelje prije samog odlaska na rehabilitaciju.

**Tijekom odobrenog bolničkog liječenja medicinskom rehabilitacijom strogo ću se pridržavati svih pravila ustanove koja provodi medicinsku rehabilitaciju kako u svezi propisane terapije od nadležnih liječnika u ustanovi, tako i poštivanjem kućnog reda. U protivnome, suglasan sam da mi se odmah otkaže nastavak bolničkog liječenja medicinskom rehabilitacijom.**

Izjavu vlastoručno potpisujem.

Zagreb, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (datum)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (potpis)

**DOM ZDRAVLJA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(**pečat zdravstvene ustanove i potpis liječnika)

Broj:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **P O T V R D A**

 Uvidom u zdravstveni karton \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_iz Zagreba,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rođ.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

u\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, potvrđuje se da u istom nisu evidentirane slijedeće medicinske indikacije koje su prepreka za odobrenje medicinske rehabilitacije (članak 7. Odluke o uvjetima i načinu ostvarivanja bolničkog liječenja medicinskom rehabilitacijom hrvatskih ratnih vojnih invalida iz Domovinskog rata i članova obitelji smrtno stradaloga, zatočenoga ili nestalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata) te da nije u tijeku liječenje istog:

1. febrilna stanja, akutne zarazne bolesti, teški psihički poremećaji u akutnoj fazi, patološka trudnoća,
2. imobilizacija zbog koje nije moguće provoditi rehabilitacijsko liječenje,
3. kompliciran tijek koronarne bolesti, kardijalna dekompenzacija, nepodnošenje ergometrijskog opterećenja od 50w, tj. 300Hpm, odnosno 2.0 METT-a, teški poremečaj srčanog ritma, ehografski utvrđeno povećanje kavunia lijeve klijetke više od 6 cm, te kardiovaskularne aneurizme,
4. teška oštećenja jetre i bubrega,
5. zloćudne bolesti u stanjima egzacerebracije i dekompenzacije.

U Zagrebu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_