



**DRUŠTVO
MULTIPLE SKLEROZE
GRADA ZAGREBA**

Popunjava administrator

BROJ U REGISTRU

--	--	--	--

ISKAZNICA №

--	--	--	--

UPISNICA U DRUŠTVO MULTIPLE SKELROZE GRADA ZAGREBA



Zdravstveno socijalni list

Svi podaci ovdje prikupljeni čuvaju se sukladno Zakonu o zaštiti osobnih podataka i služe u svrhu evidencije članstva DMSGZ. Društvo ovako prikupljene podatke može koristiti kao statističke pokazatelje u skladu sa Zakonom (bez iznošenja osobnih imena i sl.) te član svojim potpisom naznačuje da je suglasan s ovom odredbom. Liječnik specijalist svojom ovjerom (potpisom i pečatom) jamči istinitost navedene dijagnoze.

ISPISATI ČITLJIVO RUKOPISOM VELIKIM TISKANIM SLOVIMA I ZAOKRUŽITI ODGOVARAJUĆE BROJEVE

Ime, ime oca, prezime		(Djevojačko prezime)
Mjesto rođenja	(Općina, ili šire područje/okrug, država rođenja)	Datum i godina rođenja
Adresa stalnog boravka		OIB
Telefon	e-mail:	

Bračno stanje		Završena škola (zvanje)	
Broj članova obitelji	Broj djece	Zanimanje (posao koji obavlja)	
Radni status		Poduzeće gdje radi ili je radio prije mirovine	
1. puno radno vrijeme 2. skraćeno radno vrijeme 3. profesionalna invalidska mirovina 4. invalidska mirovina		5. mirovina 6. obiteljska mirovina 7. nezaposlen 8. korisnik socijalne pomoći	
Stanarski status		Vrsta prihoda (osnovna)	Socijalno osiguranje
1. ima odgovarajući stan 2. vlasnik kuće 3. podstanar 4. stambeno neosiguran 5. u Domu za starije i nemoćne		1. plaća 2. honorar 3. mirovina 4. socijalna naknada 5. bez prihoda	1. radničko 2. zemljoradničko 3. nezaposlen 4.
		Visina prihoda	i ostalih članova kućanstva
		... zdravstveno osiguranje	1. osnovno 2. dopunsko 3. dodatno /privatno/ 4.

Popunjava liječnik specijalist

Naziv dijagnoze		Šifra dijagnoze	
Dg.			
Datum (i/ili godina) postavljanja dijagnoze	Podtip MS:	Bolesnik je:	
	1. relapsno remitirajuća (RRMS) 2. primarno progresivna (PPMS) 3. sekundarno progresivna (SPMS) 4. progresivno relapsna (PRMS)	1. pokretan 2. djelomično pokretan 3. koristi invalidska kolica ili hodalicu 4. nepokretan	

M.P.

Datum

Vlastoručni potpis

Potpis i pečat neurologa