



Treating doctor's report (Outside Australia)

Izvešće liječnika koji liječi pacijenta (Izvan Australije)

TDR

Patient's details Podaci o pacijentu

Name
Ime

Address
Adresa

Country
Država

Date of birth
Datum rođenja

Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina
/	/	

Customer Centrelink Reference Number
Centrelinkov korisnički broj stranke

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

Instructions for the patient / Upute pacijentu

This report will be used to assist in determining if you are medically eligible for an Australian Disability Support Pension.

Ovo izvješće će se koristiti pri ocjenjivanju imate li zbog svog zdravstvenog stanja pravo na australsku invalidsku mirovinu.

What you should do Što trebate učiniti

You should take this report to your treating doctor. Please let your doctor know at the time of making the appointment that you require this report to be completed to assess your eligibility for an Australian Disability Support Pension. You are responsible for any costs in obtaining this report.

You will need to get the completed form from your doctor and return it to International Services in Australia unless your doctor returns it for you.

Ovo izvješće trebate odnijeti liječniku koji Vas liječi. Molimo Vas recite svom liječniku kod ugovaranja pregleda da Vam treba ispunjen obrazac ovog izvješća kako bi se utvrdilo imate li pravo na dodjelu australske invalidske mirovine. Vi sami snosite sve troškove vezane za dobivanje ovog izvješća.

Ispunjeni obrazac trebate preuzeti od svog liječnika i vratiti ga u International Services u Australiji, osim ako ga Vaš liječnik ne vrati u Vaše ime.

Continued
Nastavak



CLK0AUS109CB 1402

Privacy and your personal information

Zaštita privatnosti i Vaši osobni podaci

Your personal information is protected by law, including the *Privacy Act 1988*, and is collected by the Australian Government Department of Human Services for the assessment and administration of payments and services. This information is required to process your application or claim.

Your information may be used by the department or given to other parties for the purpose of research, investigation or where you have agreed or it is required or authorised by law.

You can get more information about the way in which the Department of Human Services will manage your personal information, including our privacy policy at humanservices.gov.au/privacy or by requesting a copy from the department.

Vaši osobni podaci zaštićeni su zakonom, uključujući i *Zakon o zaštiti osobnih podataka (Privacy Act) iz 1988. godine*. Prikuplja ih Australian Government Department of Human Services, za procjenu i administraciju isplata i usluga. Ove su informacije potrebne za obrađivanje Vaše molbe ili zahtjeva.

Vaše informacije ministarstvo može koristiti ili ustupiti drugim službama, u svrhu istraživanja, istrage ili ako ste dali svoju suglasnost ili ako to zakon nalaže ili omogućuje.

Više informacija o tome kako Department of Human Services raspolaže Vašim osobnim podacima, uključujući naš pravilnik o zaštiti privatnosti, možete pronaći na humanservices.gov.au/privacy ili ako od ministarstva zatražite primjerak.

Authority to release information

Odobrenje stranke za izdavanje informacija

- I authorise the Australian Government Department of Human Services and/or the medical assessor to obtain any medical information necessary to decide my qualification for pension – from my doctor(s), other health professionals and public or private health facilities I have visited.
- I authorise the Australian Government Department of Human Services and/or the medical assessor to obtain any information necessary to decide my qualification for pension from any public or private education facilities I have attended or am currently attending.
- I consent to the release by the Australian Government Department of Human Services of relevant information in this report to service providers to whom I may be referred by the Australian Government Department of Human Services.
- I consent to any decision of the Australian Government Department of Human Services to refer me for any further required assessment, upon the recommendation of the medical assessor.
- Ovim ovlašćujem Australian Government Department of Human Services i/ili procjenitelja zdravstvenog stanja da ishodi sve zdravstvene informacije potrebne za donošenje odluke o mojoj prikladnosti za primanje mirovine – od mojih liječnika, drugih zdravstvenih djelatnika te javnih ili privatnih zdravstvenih ustanova koje sam posjećivao(la).
- Ovlašćujem Australian Government Department of Human Services i/ili procjenitelja zdravstvenog stanja da ishodi sve informacije potrebne za donošenje odluke o mojoj prikladnosti za primanje mirovine od svih javnih ili privatnih obrazovnih ustanova koje sam pohađao(la) ili trenutno pohađam.
- Ovim izražavam svoju suglasnost da Australian Government Department of Human Services može ustupiti relevantne informacije iz ovog izvješća pružateljima usluga kojima me Australian Government Department of Human Services može uputiti.
- Ovim izražavam svoju suglasnost sa svakom odlukom Australian Government Department of Human Services da me uputi na bilo kakvu dodatnu procjenu na osnovi preporuke procjenitelja zdravstvenog stanja.

Patients signature
Potpis pacijenta



Date

Datum

Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina
/	/	

About this report

This report will be used to assist in determining if your patient is medically eligible for an Australian Disability Support Pension.

Payment for your report

We have asked your patient to let you know at the time of making their appointment that they require you to complete this form. This is to ensure you have sufficient time for the examination. Your patient has been informed that they are responsible for any costs in obtaining this report.

Completing this report

In this report you will be asked to provide clinical details of the patient's medical conditions. Please complete all the required parts of the form.

Your patient's impairment is to be assessed when they are using or wearing any aids, equipment or assistive technology that they have and usually use (e.g. hearing aids, spectacles, contact lenses or prostheses).

Returning the report to us

Please return this report and any attachments as soon as possible directly to us, or if you prefer, you can give the report and any attachments to your patient to return to us.

About the information that you give us

Confidentiality of Information

The personal information that is provided to you for the purpose of this report must be kept confidential under section 202 of the *Social Security (Administration) Act 1999*. It cannot be disclosed to anyone else unless authorised by law.

There are penalties for offences against section 202 of the *Social Security (Administration) Act 1999*.

Release of information

The *Freedom of Information Act 1982* allows for the disclosure of medical or psychiatric information directly to the individual concerned. If there is any information which, if released to your patient, may harm his or her physical or mental well-being, Human Services in Australia can contact you. Please indicate at PART i if you wish Human Services to contact you. Similarly please specify any other special circumstances which should be taken into account.

Privacy and your personal information

Your personal information is protected by law, including the *Privacy Act 1988*, and is collected by the Australian Government Department of Human Services for the assessment and administration of payments and services.

Your information may be used by the department or given to other parties for the purpose of research, investigation or where you have agreed or it is required or authorised by law.

You can get more information about the way in which the Department of Human Services will manage your personal information, including our privacy policy at humanservices.gov.au/privacy or by requesting a copy from the department.

Upute liječniku

O ovom izvješću

Ovo izvješće će se koristiti pri ocjenjivanju ima li Vaš pacijent zbog svog zdravstvenog stanja pravo na australsku invalidsku mirovinu.

Naplata Vaših usluga za izvješće

Zatražili smo od Vašeg pacijenta da Vam prilikom ugovaranja pregleda kaže da mu treba ispunjeni obrazac. To je stoga da biste Vi odvojili dovoljno vremena za pregled. Vaš je pacijent obaviješten da je odgovoran za pokriće svih troškova vezanih za dobivanje ovog izvješća.

Ispunjavanje ovog izvješća

U ovom izvješću se od Vas traži da navedete kliničke pojedinosti o zdravstvenom stanju pacijenta. Molimo Vas da ispunite sve potrebne dijelove obrasca.

Oštećenje Vašeg pacijenta potrebno je procijeniti kada on/ona koristi ili nosi pomagala, opremu ili pomoćnu tehnologiju koju ima i obično koristi (npr. slušna pomagala, naočale, kontaktne leće ili proteze).

Povrat ovog izvješća nama

Molimo Vas da vratite ovo izvješće i eventualne priloge što je prije moguće direktno nama, ili ako radije želite, možete ga dati zajedno sa svim prilogima pacijentu da nam ga on vrati.

O informacijama koje nam date Povjerljivost informacija

Osobne informacije koje su Vam date u svrhu ovog izvješća morate držati u povjerenju prema paragrafu 202 *Zakona o upravljanju socijalnom skrbi iz 1999. godine*. Ne smijete ih prenijeti nikome, osim ako to nije odobreno prema zakonu. Predviđene su kazne za prekršaj iz paragrafa 202 *Zakona o upravljanju socijalnom skrbi iz 1999. godine*.

Otkrivanje informacija

Zakon o slobodi informiranja iz 1982. godine dopušta otkrivanje zdravstvenih ili psihijatrijskih informacija neposredno osobi na koju se informacije odnose. No ako bi takve informacije, u slučaju njihova otkrivanja pacijentu, mogle štetno utjecati na tjelesno ili duševno zdravlje Vašeg pacijenta ili njegovu dobrobit, Ministarstvo za humane usluge (Human Services) u Australiji može Vas kontaktirati. Molimo Vas da u DIJELU i navedete želite li da Vas Ministarstvo za humane usluge (Human Services) kontaktira. Shodno tome, molimo Vas da navedete i svaku drugu posebnu okolnost koju bi trebalo uzeti u obzir.

Zaštita privatnosti i Vaši osobni podaci

Vaši osobni podaci zaštićeni su zakonom, uključujući i *Zakon o zaštiti osobnih podataka (Privacy Act) iz 1988. godine*. Prikuplja ih Australian Government Department of Human Services, za procjenu i administraciju isplata i usluga.

Vaše informacije ministarstvo može koristiti ili ustupiti drugim službama, u svrhu istraživanja, istrage ili ako ste dali svoju suglasnost ili ako to zakon nalaže ili omogućuje.

Više informacija o tome kako Department of Human Services raspolaže Vašim osobnim podacima, uključujući naš pravilnik o zaštiti privatnosti, možete pronaći na humanservices.gov.au/privacy ili ako od ministarstva zatražite primjerak.

DIO A – Kardiovaskularna, respiratorna i druga stanja koja utječu na tjelesne napore i izdržljivost

PART A should be completed for conditions impacting physical exertion or stamina including but not limited to: cardiac failure, cardiomyopathy, ischaemic heart disease, chronic obstructive airways/pulmonary disease, asbestosis, mesothelioma, lung cancer, chronic pain which impacts physical exertion or stamina, end stage organ failure, widespread/metastatic cancer and chronic fatigue syndrome.

DIO A treba popuniti za stanja koja utječu na tjelesne napore ili izdržljivost, što bez ograničenja obuhvaća: zatajenje srca, kardiomiopatiju, ishemijsku srčanu bolest, kroničnu opstruktivnu respiratornu/pulmonarnu bolest, azbestozu, mezoteliom, karcinom pluća, kroničnu bol koja utječe na tjelesne napore ili izdržljivost, krajnji stadij zatajenja organa, rašireni metastazirani karcinom i sindrom kroničnog umora.

- 1** Does the patient have a cardiovascular, respiratory or other condition impacting physical exertion or stamina?
- Ima li pacijent kardiovaskularno, respiratorno ili neko drugo stanje koje utječe na tjelesne napore ili izdržljivost?
- No ☐ **Go to PART B**
Ne ☐ **Prijedite na DIO B**
- Yes ☐ Give details below
Da ☐ U nastavku navedite pojedinosti

Instructions for the doctor

If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the *greatest* impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge. Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Upute liječniku

Ako pacijent ima više stanja navedene vrste, ovdje navedite pojedinosti stanja koje *najviše* utječe na funkcionalnu sposobnost. Pojedinosti o ostalim stanjima možete unijeti u DIJELU F.

Molimo Vas da odgovorite na sljedeća pitanja na osnovi kliničke procjene, rezultata pretraga i ispitivanja te trenutačnih znanstvenih saznanja.

Simptomi o kojima pacijent sam izvještuje nisu dovoljni.



- ch: • a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
• copies of relevant test and investigation results (e.g. lung function tests, blood tests, exercise tolerance tests, ECG – reports only), if available.
- žite: • izvješće liječnika ili specijalista koji liječi navedeno stanje (ako to niste Vi); i
• kopije rezultata relevantnih pretraga i ispitivanja (primjerice ispitivanja funkcije pluća, analize krvi, testove izdržljivosti pri vježbanju i EKG zapis – samo izvješća), ako su dostupni.

Diagnosis / Dijagnoza

- 2** What is the diagnosis?
Provide specific details
(e.g. include the International
Classification of Diseases code
and/or staging as relevant).
Kakva je dijagnoza?
Navedite specifične detalje
(primjerice uključite šifru i/ili
stupanj prema Međunarodnoj
klasifikaciji bolesti, prema
važnosti).

[illegible]

3
The diagnosis is:
Dijagnoza je:

Confirmed ☐
Potvrđena

Who confirmed the diagnosis?
Tko je potvrdio dijagnozu?

Name
Ime

Qualifications
Kvalifikacije

Presumptive ☐
Vjerojatna

Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Planiraju li se dodatna ispitivanja/procjene radi potvrđivanja dijagnoze?

No ☐
Ne

Yes ☐
Da

4
What was the date of diagnosis?
Kada je postavljena dijagnoza (datum)?

Day/Dan

Month/Mjesec

Year/Godina

/

/

5
What was the date of onset of symptoms (if known)?
Kada su se pojavili prvi simptomi (ako je podatak poznat)?

Day/Dan

Month/Mjesec

Year/Godina

/

/

6
What is the prognosis of this condition?
Give a timeframe, if applicable.
Kakva je prognoza navedenog stanja?
Navedite vremenski okvir, ako je primjenjivo.

Treatment /Liječenje

7
What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Kakvo se liječenje navedenog stanja trenutačno primjenjuje (npr. hospitalizacija, operativni zahvat, lijekovi, fizikalna terapija, rehabilitacija, ublažavanje bolova)?
Navedite specifične podatke (npr. datum početka, učestalost i trajanje liječenja ili rehabilitacije, vrstu i dozu lijekova).

8 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

Koliko je učinkovito trenutačno liječenje?

Opišite reakciju na liječenje i stupanj kontrole simptoma.

9 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Opišite sve nuspojave liječenja, uključujući njihovu težinu.

10 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Kakvo je liječenje navedenog stanja do sada primijenjeno (npr. hospitalizacija, operativni zahvat, lijekovi, fizikalna terapija, rehabilitacija, ublažavanje bolova)?

Navedite specifične podatke (npr. datum početka, učestalost i trajanje liječenja ili rehabilitacije, vrstu i dozu lijekova).

11 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

Nosi li ili koristi li pacijent bilo kakva pomagala, opremu ili pomoćnu tehnologiju u vezi s navedenim stanjem?

No ☐ Go to next question
Ne [Prijedite na sljedeće pitanje](#)
Yes ☐ Give details below
Da [U nastavku navedite pojedinosti](#)

12 Is any future treatment planned for this condition?

Planira li se bilo kakvo buduće liječenje navedenog stanja?

No ☐ **Go to 14**
Ne **Idite na pitanje broj 14**

Yes ☐ Give details below
Da U nastavku navedite pojedinosti

13 What is the expected benefit of future treatment?

Detail improvement in symptoms and functional capacity.

Kakva je očekivana korist od budućeg liječenja

Navedite pojedinosti u vezi s poboljšanjem simptoma ili funkcionalnih sposobnosti.

14 Indicate compliance with recommended treatment:

Navedite podatak o tome koliko se osoba pridržava preporučenog liječenja:

Very compliant ☐
Strogo se pridržava

Usually compliant ☐
Obično se pridržava

Rarely compliant ☐
Rijetko se pridržava

Uncertain ☐
Nije sigurno

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Navedite pojedinosti o pitanjima u vezi s pristupom ili primjenom odgovarajućeg liječenja koje utječe na razine pridržavanja.

Current symptoms /Trenutačni simptomi

15 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?

Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.

Koji simptomi trenutačno stalno postoje **usprkos** liječenju, pomagalicama, opremi ili pomoćnoj tehnologiji?

Budite specifični i uključite ozbiljnost, učestalost i trajanje simptoma.

16 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:

Odgovori bi trebali odražavati kako stanje trenutačno utječe na funkcionalnu sposobnost **usprkos** liječenju, pomagalicama, opremi ili pomoćnoj tehnologiji:

- | | | | |
|----------|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| A | Can the patient complete physically active tasks around their home and community without difficulty?
Može li pacijent bez poteškoća obavljati tjelesno aktivne poslove po kući i u zajednici? | No ☐
Ne | Yes ☐
Da |
| B | Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) to local facilities?
Može li pacijent hodati (ili se samostalno kretati u kolicima) do lokalnih objekata? | No ☐
Ne | Yes ☐
Da |
| C | Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) to local facilities without stopping to rest?
Može li pacijent hodati (ili se samostalno kretati u kolicima) do lokalnih objekata bez zaustavljanja radi odmora? | No ☐
Ne | Yes ☐
Da |
| D | Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) from a carpark into a shopping centre or building without assistance?
Može li pacijent hodati (ili se samostalno kretati u kolicima) od parkirališta do trgovačkog centra ili nekog drugog objekta bez pomoći? | No ☐
Ne | Yes ☐
Da |
| E | Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) around a shopping centre without assistance?
Može li pacijent hodati (ili se samostalno kretati u kolicima) po trgovačkom centru bez pomoći? | No ☐
Ne | Yes ☐
Da |
| F | Can the patient climb a flight of stairs or mobilise in a wheelchair up a long, sloping ramp?
Može li se pacijent popeti jedan krak stepenica ili se kretati u kolicima uz dulju rampu pod nagibom? | No ☐
Ne | Yes ☐
Da |
| G | Can the patient use public transport without assistance?
Može li pacijent koristiti javni prijevoz bez pomoći? | No ☐
Ne | Yes ☐
Da |
| H | Is the patient physically capable of performing light household activities (e.g. folding and putting away laundry)?
Je li pacijent psihički sposoban obavljati lakše aktivnosti u kućanstvu (npr. sakupljanje i odlaganje rublja u ormar)? | No ☐
Ne | Yes ☐
Da |
| I | Can the patient perform day to day household activities without difficulty (e.g. changing sheets on a bed or sweeping paths)?
Može li pacijent bez poteškoća obavljati svakodnevne aktivnosti u kućanstvu (npr. promjena posteljine ili čišćenje staza oko kuće)? | No ☐
Ne | Yes ☐
Da |
| J | Can the patient move around inside the home without assistance?
Može li se pacijent kretati unutar kuće bez pomoći? | No ☐
Ne | Yes ☐
Da |
| K | Does the patient require oxygen treatment during the day or to move around?
Je li pacijentu potreban kisik tijekom dana ili za kretanje? | No ☐
Ne | Yes ☐
Da |

L Describe any other impacts.
Opišite ostale moguće utjecaje.

- 17** Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?

Utječe li navedeno stanje na sposobnost prisustvovanja i učinkovitom sudjelovanju u poslu, obrazovanju ili obučavanju?

No ☐ *Go to next question*
Ne *Prijedite na sljedeće pitanje*
Yes ☐ *Give details below*
Da *U nastavku navedite pojedinosti*

- 18** The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:

Očekuje se da će utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta trajati:

Less than 3 months ☐ 3-24 months ☐ More than 24 months ☐
Manje od 3 mjeseca 3-24 mjeseca Dulje od 24 mjeseca

- 19** Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:

Očekuje se da će se utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta u sljedeće 2 godine:

Resolve ☐
Riješiti
Significantly improve ☒
Značajno poboljšati
Slightly improve ☐
Neznatno poboljšati
Fluctuate ☐
Biti promjenjiv
Remain unchanged ☐
Ostati nepromijenjen
Deteriorate ☐
Pogoršati
Uncertain ☐
Biti neizvjestan

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Navedite pojedinosti sposobnosti koju treba postići u sljedeća 24 mjeseca.

- 20** Is this condition episodic or fluctuating?

Je li navedeno stanje epizodno ili promjenjivo?

No ☐ *Go to next question*
Ne *Prijedite na sljedeće pitanje*
Yes ☐ *Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms. Opišite učestalost, trajanje i ozbiljnost epizoda ili opišite kako se navedeno stanje mijenja. Uključite komentar o radnoj sposobnosti tijekom i između epizoda ili promjenjivih simptoma.*
Da

21 History of this condition.

Provide details of underlying causes and contributing factors.

Povijest navedenog stanja.

Navedite pojedinosti o temeljnim uzrocima i čimbenicima koji doprinose stanju.

[illegible]

22 Provide any additional comments about this condition.

Navedite dodatne komentare o ovom stanju.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is a vertical margin line on the left side, creating a narrow left margin. The paper appears to be from a notebook or a standard ruled document.

DIO B – Stanja koja utječu na funkciju kralježnice

PART B should be completed for conditions impacting spinal function including but not limited to: spinal cord injury, spinal stenosis, cervical spondylosis, lumbar radiculopathy, herniated or ruptured disc, spinal cord tumours, and arthritis or osteoporosis involving the spine.

DIO B treba popuniti za stanja koja utječu na funkciju kralježnice, što bez ograničenja obuhvaća: ozljede kičmene moždine, stenozu kralježnice, cervikalnu spondilozu, lumbalnu radikulopatiju, herniju ili rupturu diska, tumore kičmene moždine i artritis ili osteoporozu koja zahvaća kralježnicu.

- 23** Does the patient have a condition impacting spinal function?
- Ima li pacijent stanje koje utječe na funkciju kralježnice?
- No ☐ **Go to PART C**
 Ne ☐ **Prijedite na DIO C**
- Yes ☐ Give details below
 Da ☐ U nastavku navedite pojedinosti

Instructions for the doctor

If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the *greatest* impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge. Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Upute liječniku

Ako pacijent ima više stanja navedene vrste, ovdje navedite pojedinosti stanja koje *najviše* utječe na funkcionalnu sposobnost. Pojedinosti o ostalim stanjima možete unijeti u DIJELU E.

Molimo Vas da odgovorite na sljedeća pitanja na osnovi kliničke procjene, rezultata pretraga i ispitivanja te trenutanih znanstvenih saznanja. Simptomi o kojima pacijent sam izvješćuje nisu dovoljni.



- Attach: • a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
- copies of relevant test and investigation results (e.g. x-rays or other imagery – reports only) along with reports from physiotherapists or other rehabilitation practitioners confirming loss of range of movement in the spine or other effects of the spinal disease or injury, if available.
- Priložite: • izvješće liječnika ili specijalista koji liječi navedeno stanje (ako to niste Vi); i
- kopije rezultata relevantnih pretraga i ispitivanja, primjerice rendgenske ili druge slike (samo izvješća) zajedno s izvješćima fizioterapeuta ili drugih rehabilitacijskih praktičara, kojima se potvrđuje gubitak raspona kretanja u kralježnici ili drugi učinci bolesti ili ozljede kralježnice, ako su dostupni.

Diagnosis / Dijagnoza

- 24** What is the diagnosis?
Provide specific details
(e.g. include the International
Classification of Diseases code
and/or staging as relevant).
- Kakva je dijagnoza?
- Navedite specifične detalje
(primjerice uključite šifru i/ili
stupanj prema Međunarodnoj
klasifikaciji bolesti, prema
važnosti).

[illegible]

25
The diagnosis is:
Dijagnoza je:

Confirmed ☐
Potvrđena

Who confirmed the diagnosis?
Tko je potvrdio dijagnozu?

Name
Ime

Qualifications
Kvalifikacije

Presumptive ☐
Vjerojatna

Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Planiraju li se dodatna ispitivanja/procjene radi potvrđivanja dijagnoze?

No ☐
Ne

Yes ☐
Da

26
What was the date of diagnosis?
Kada je postavljena dijagnoza (datum)?

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina
/ /

27
What was the date of onset of symptoms (if known)?
Kada su se pojavili prvi simptomi (ako je podatak poznat)?

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina
/ /

28
What is the prognosis of this condition?
Give a timeframe, if applicable.
Kakva je prognoza navedenog stanja?
Navedite vremenski okvir, ako je primjenjivo.

Treatment / Liječenje

29
What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Kakvo se liječenje navedenog stanja trenutačno primjenjuje (npr. hospitalizacija, operativni zahvat, lijekovi, fizikalna terapija, rehabilitacija, ublažavanje bolova)?
Navedite specifične podatke (npr. datum početka, učestalost i trajanje liječenja ili rehabilitacije, vrstu i dozu lijekova).

30 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

Koliko je učinkovito trenutačno liječenje?

Opišite reakciju na liječenje i stupanj kontrole simptoma.

31 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Opišite sve nuspojave liječenja, uključujući njihovu težinu.

32 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Kakvo je liječenje navedenog stanja do sada primijenjeno (npr. hospitalizacija, operativni zahvat, lijekovi, fizikalna terapija, rehabilitacija, ublažavanje bolova)?

Navedite specifične podatke (npr. datum početka, učestalost i trajanje liječenja ili rehabilitacije, vrstu i dozu lijekova).

33 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

Nosi li ili koristi li pacijent bilo kakva pomagala, opremu ili pomoćnu tehnologiju u vezi s navedenim stanjem?

No ☐ ► *Go to next question*
Ne *Prijedite na sljedeće pitanje*
Yes ☐ ► *Give details below*
Da *U nastavku navedite pojedinosti*

34 Is any future treatment planned for this condition?

Planira li se bilo kakvo buduće liječenje navedenog stanja?

No ☐
Ne

Go to 36
Idite na pitanje broj 36

Yes ☐
Da

Give details below
U nastavku navedite pojedinosti

35 What is the expected benefit of future treatment?

Detail improvement in symptoms and functional capacity.

Kakva je očekivana korist od budućeg liječenja?

Navedite pojedinosti u vezi s poboljšanjem simptoma ili funkcionalnih sposobnosti.

36 Indicate compliance with recommended treatment:

Navedite podatak o tome koliko se osoba pridržava preporučenog liječenja:

Very compliant ☐
Strogo se pridržava

Usually compliant ☐
Obično se pridržava

Rarely compliant ☐
Rijetko se pridržava

Uncertain ☐
Nije sigurno

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels. Navedite pojedinosti o pitanjima u vezi s pristupom ili primjenom odgovarajućeg liječenja koje utječe na razine pridržavanja.

Current symptoms /Trenutačni simptomi

37 What symptoms currently persist despite treatment, aids, equipment or assistive technology?

Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.

Koji simptomi trenutačno stalno postoje usprkos liječenju, pomagalicama, opremi ili pomoćnoj tehnologiji?

Budite specifični i uključite ozbiljnost, učestalost i trajanje simptoma.

38 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:

Note: Answers should reflect limitations from the spinal condition only. Answers should NOT reflect limitations from any other condition (e.g. an upper or lower limb condition).

Odgovori bi trebali odražavati kako stanje trenutno utječe na funkcionalnu sposobnost **usprkos** liječenju, pomagalima, opremi ili pomoćnoj tehnologiji:

Napomena: Odgovori bi trebali odražavati ograničenja koja su posljedica samo stanja kralježnice. Odgovori NE SMIJU odražavati ograničenja koja su posljedica bilo kojeg drugog stanja (npr. stanja gornjeg ili donjeg ekstremiteta).

A	Is there any restriction of forward flexion of the thoracolumbar spine? Postoje li ograničenja pri savijanju torakolumbalne kralježnice prema naprijed?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	Go to E Idite na E
B	Can the patient bend to knee level and straighten up again without difficulty? Može li se pacijent bez poteškoća sagnuti do razine koljena i ponovno se uspraviti?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
C	Can the patient bend forward to pick up a light object at knee height? Može li se pacijent sagnuti prema naprijed kako bi pokupio lakši predmet u visini koljena?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
D	Can the patient bend forward to pick up a light object from a desk or table? Može li se pacijent sagnuti prema naprijed kako bi pokupio lakši predmet sa stola ili radne površine?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
E	Is there any restriction of thoracolumbar spine rotation? Postoje li ograničenja pri okretanju torakolumbalne kralježnice?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
F	Is there any restriction of cervical spine rotation or extension? Postoje li ograničenja pri okretanju ili rastezanju cervikalne kralježnice?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	Go to K Idite na K
G	Can the patient perform any overhead activities? Može li pacijent obavljati bilo kakve aktivnosti iznad glave?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	Go to G Idite na G
H	Can the patient perform overhead activities without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća obavljati aktivnosti iznad glave?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
I	Does the patient have some difficulty with overhead activities? Ima li pacijent određene poteškoće pri obavljanju aktivnosti iznad glave?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
J	Can the patient sustain overhead activities? Može li pacijent izdržati bilo kakve aktivnosti iznad glave?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
K	Is there restriction of some or all cervical spine movements? Postoji li ograničenje pri određenim ili pri svim kretnjama cervikalne kralježnice?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	Go to P Idite na P
L	Does the patient have some difficulty with cervical spine movements? Ima li pacijent određene poteškoće pri kretnjama cervikalne kralježnice?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	Go to L Idite na L
M	Does the patient have difficulty with cervical spine movements in all directions? Ima li pacijent poteškoće s kretnjama cervikalne kralježnice u svim smjerovima?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
N	Is there complete loss of cervical spine rotation? Postoji li potpuni gubitak okretanja cervikalne kralježnice?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
O	Is there complete loss of cervical spine forward flexion? Postoji li potpuni gubitak sagibanja cervikalne kralježnice prema naprijed?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
P	Is the patient able to remain seated for more than 30 minutes? Može li pacijent sjediti dulje od 30 minuta?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	Go to Q Idite na Q
Q	Is the patient able to remain seated for more than 10 minutes? Može li pacijent sjediti dulje od 10 minuta?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	Go to R Idite na R
R	Is the patient able to get up out of a chair without assistance? Može li pacijent ustati sa stolice bez pomoći?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
S	Does the patient have sufficient spinal movement to complete basic activities of daily living (e.g. dressing, bathing, showering or light housework)? Ima li pacijent dovoljnu sposobnost kretanja u kralježnici kako bi mogao obavljati osnovne svakodnevne aktivnosti (npr. oblačenje, kupanje, tuširanje ili lakši kućanski poslovi)?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	

T Is the patient completely unable to perform activities involving spinal function?

No ☐
Ne

Yes ☐
Da

Je li pacijent potpuno nesposoban obavljati aktivnosti koje uključuju funkciju kralježnice?

U Describe any other impacts.
Opišite ostale moguće utjecaje.

39 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?

Utječe li navedeno stanje na sposobnost prisustvovanja i učinkovitom sudjelovanju u poslu, obrazovanju ili obučavanju?

No ☐ **Go to next question**
Ne **Prijeđite na sljedeće pitanje**
Yes ☐ **Give details below**
Da **U nastavku navedite pojedinosti**

40 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:

Očekuje se da će utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta trajati:

Less than 3 months ☐ 3-24 months ☐ More than 24 months ☐
Manje od 3 mjeseca 3-24 mjeseca Dulje od 24 mjeseca

41 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:

Očekuje se da će se utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta u sljedeće 2 godine:

Resolve ☐
Riješiti
Significantly improve ☐ **Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.**
Značajno poboljšati
Slightly improve ☐
Neznatno poboljšati
Fluctuate ☐
Biti promjenjiv
Remain unchanged ☐
Ostati nepromijenjen
Deteriorate ☐
Pogoršati
Uncertain ☐
Biti neizvjestan

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Navedite pojedinosti sposobnosti koju treba postići u sljedeća 24 mjeseca.

42 Is this condition episodic or fluctuating?

Je li navedeno stanje epizodno ili promjenjivo?

No ☐ *Go to next question*
Ne *Prijedite na sljedeće pitanje*

Yes ☐ Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms. Opišite učestalost, trajanje i ozbiljnost epizoda ili opišite kako se navedeno stanje mijenja. Uključite komentar o radnoj sposobnosti tijekom i između epizoda ili promjenjivih simptoma.

Other information /Druge informacije

43 History of this condition.

Provide details of underlying causes and contributing factors.

Povijest navedenog stanja.

Navedite pojedinosti o temeljnim uzrocima i čimbenicima koji doprinose stanju.

44 Provide any additional comments about this condition.

Navedite dodatne komentare o ovom stanju.

DIO C – Stanja koja utječu na funkciju gornjih ekstremiteta

DIO C treba popuniti za stanja koja utječu na funkciju gornjih ekstremiteta, što bez ograničenja obuhvaća: artritis, paralizu ili gubitak snage ili osjećaja kao posljedicu moždanog udara ili neke druge ozljede mozga ili živčanog sustava, cerebralnu paralizu i druga stanja koja utječu na koordinaciju gornjih ekstremiteta, upalu ili ozljedu mišića ili tetiva, amputaciju ili nepostojanje cijelog gornjeg ekstremiteta ili nekog njegovog dijela.

- 45** Does the patient have a condition impacting upper limb function?
- Ima li pacijent stanje koje utječe na funkciju gornjeg ekstremiteta?
- No ☐ **Go to PART D**
 Ne ☐ **Prijedite na DIO D**
- Yes ☐ Give details below
 Da ☐ U nastavku navedite pojedinosti

Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Simptomi o kojima pacijent sam izvještuje nisu dovoljni.



- Attach: • a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
- copies of relevant test and investigation results (e.g. x-rays or other imagery – reports only), along with results of physical tests or assessments of function, if available.
- Priložite: • izvješće liječnika ili specijalista koji liječi navedeno stanje (ako to niste Vi); i
- kopije rezultata relevantnih pretraga i ispitivanja, primjerice rendgenske ili druge slike (samo izvješća) zajedno s rezultatima tjelesnih pretraga ili procjena funkcije, ako su dostupni.

Diagnosis /Dijagnoza

- 46** What is the diagnosis?
Provide specific details
(e.g. include the International
Classification of Diseases code
and/or staging as relevant).
- Kakva je dijagnoza?
Navedite specifične detalje
(primjerice uključite šifru i/ili
stupanj prema Međunarodnoj
klasifikaciji bolesti, prema
važnosti).

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is a vertical margin line on the left side, creating a narrow left margin. The paper appears to be from a notebook or a standard ruled document.

47 The diagnosis is: Confirmed ☐ Who confirmed the diagnosis?
Dijagnoza je: Potvrđena ☐ Tko je potvrdio dijagnozu?

Confirmed ☐ Who confirmed the diagnosis?
Potvrđena ☐ Tko je potvrdio dijagnozu?

Name _____

Ime

Qualifications

Kvalifikacije

Presumptive ☐ Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Vjerojatna ☐ Planiraju li se dodatna ispitivanja/procijene radi potvrđivanja dijagnoze?

No ☐

Ne

Yes ☐

Da

48 What was the date of diagnosis?
Kada je postavljena dijagnoza
(datum)?

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina

49 What was the date of onset of symptoms (if known)?
Kada su se pojavili prvi simptomi (ako je podatak poznat)?

Day/**Dan** Month/**Mjesec** Year/**Godina**

50 What is the prognosis of this condition?
Give a timeframe, if applicable.
Kakva je prognoza navedenog stanja?
Navedite vremenski okvir, ako je primjenjivo.

Treatment /Liječenje

51 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)? Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Kakvo se liječenje navedenog stanja trenutačno primjenjuje (npr. hospitalizacija, operativni zahvat, lijekovi, fizikalna terapija, rehabilitacija, ublažavanje bolova)?

Navedite specifične podatke (npr. datum početka, učestalost i trajanje liječenja ili rehabilitacije, vrstu i dozu lijekova).

52 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

Koliko je učinkovito trenutačno liječenje?

Opišite reakciju na liječenje i stupanj kontrole simptoma.

53 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Opišite sve nuspojave liječenja, uključujući njihovu težinu.

54 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Kakvo je liječenje navedenog stanja do sada primijenjeno (npr. hospitalizacija, operativni zahvat, lijekovi, fizikalna terapija, rehabilitacija, ublažavanje bolova)?

Navedite specifične podatke (npr. datum početka, učestalost i trajanje liječenja ili rehabilitacije, vrstu i dozu lijekova).

55 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

Nosi li ili koristi li pacijent bilo kakva pomagala, opremu ili pomoćnu tehnologiju u vezi s navedenim stanjem?

No ☐ ► *Go to next question*
Ne *Prijedite na sljedeće pitanje*
Yes ☐ ► *Give details below*
Da *U nastavku navedite pojedinosti*

56 Is any future treatment planned for this condition?

Planira li se bilo kakvo buduće liječenje navedenog stanja?

No ☐

Ne

Go to 58

Idite na pitanje broj 58

Yes ☐

Give details below

Da

U nastavku navedite pojedinosti

57 What is the expected benefit of future treatment?

Detail improvement in symptoms and functional capacity.

Kakva je očekivana korist od budućeg liječenja?

Navedite pojedinosti u vezi s poboljšanjem simptoma ili funkcionalnih sposobnosti.

58 Indicate compliance with recommended treatment:

Navedite podatak o tome koliko se osoba pridržava preporučenog liječenja:

Very compliant ☐
Strogo se pridržava

Usually compliant ☐
Obično se pridržava

Rarely compliant ☐
Rijetko se pridržava

Uncertain ☐
Nije sigurno

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels. Navedite pojedinosti o pitanjima u vezi s pristupom ili primjenom odgovarajućeg liječenja koje utječe na razine pridržavanja.

Current symptoms /Trenutačni simptomi

59 What symptoms currently persist despite treatment, aids, equipment or assistive technology?

Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.

Koji simptomi trenutačno stalno postoje usprkos liječenju, pomagalicama, opremi ili pomoćnoj tehnologiji?

Budite specifični i uključite ozbiljnost, učestalost i trajanje simptoma.

60 Which limb is affected?

Koji ekstremitet je zahvaćen?

Left ☐
Lijevi

Right ☐
Desni

61 Is the patient left or right dominant?

Je li pacijent lijevak ili dešnjak?

Left ☐
Ljevak

Right ☐
Dešnjak

62 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:

Odgovori bi trebali odražavati kako stanje trenutačno utječe na funkcionalnu sposobnost **usprkos** liječenju, pomagalicama, opremi ili pomoćnoj tehnologiji:

A	Can the patient pick up, handle, manipulate and use most objects encountered on a daily basis without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća podizati, rukovati i upotrebljavati većinu predmeta s kojom se svakodnevno susreće?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da
B	Can the patient pick up heavier objects without difficulty (e.g. a 2 litre carton of liquid or a full shopping bag)? Može li pacijent bez poteškoća podizati teže predmete (npr. pakiranje tekućine od 2 litre ili punu torbu za kupnju)?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da
C	Can the patient handle very small objects without difficulty (e.g. coins)? Može li pacijent bez poteškoća rukovati vrlo malim predmetima (npr. novčićima)?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da
D	Can the patient do up buttons without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća zakopčati dugmad?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da
E	Can the patient reach up or out to pick up objects without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća posezati za predmetima i podizati ih?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da
F	Can the patient pick up a 1 litre carton of liquid without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća podići pakiranje tekućine od 1 litre?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da
G	Can the patient pick up light objects using 2 hands together without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća podizati lake predmete s obje ruke istovremeno?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da
H	Can the patient hold and use a pen or pencil without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća držati i upotrebljavati običnu ili kemijsku olovku?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da
			Go to I Idite na I
			Go to J Idite na J
I	The degree of difficulty to hold and use a pen or pencil is (tick one): Stupanj poteškoća pri držanju i korištenju obične ili kemijske olovke je (označite jednu mogućnost):	Mild ☐ Blag	Moderate ☐ Umjeren
			Severe ☐ Težak
J	Can the patient use a standard keyboard without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća upotrebljavati standardnu tipkovnicu?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da
			Go to P Idite na P
			Go to L Idite na L
K	Can the patient use a computer keyboard with appropriate adaptations without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća upotrebljavati tipkovnicu računala uz odgovarajuće prilagodbe?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da
L	Can the patient unscrew a lid on a soft-drink bottle without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća odvrnuti poklopac na boci pića?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da
M	Does the patient have an amputation rendering a hand or arm non-functional? Ima li pacijent amputaciju koja čini šaku ili ruku nefunkcionalnom?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da
N	Does the patient have limited movement or coordination in either their hands or arms severely limiting activities (Note: Both hands or both arms)? Ima li pacijent ograničene kretnje ili koordinaciju u šakama ili rukama koje ozbiljno ograničavaju obavljanje aktivnosti (Napomena: obje šake ili obje ruke)?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da
O	Does the patient use or wear any prosthesis or assistive device? Upotrebljava li ili nosi li pacijent neku protezu ili pomagalo?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da
			Go to R Idite na R
			Go to P Idite na P
P	Is there any difficulty handling, moving or carrying most objects? Postoje li poteškoće pri rukovanju, pomicanju ili nošenju većine predmeta?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da
			Go to R Idite na R
			Go to Q Idite na Q

Q The degree of difficulty handling, moving or carrying most objects is (tick one):
Je li stupanj poteškoća pri rukovanju, pomicanju ili nošenju većine predmeta (odaberite jednu mogućnost):

Mild ☐
Blag

Moderate ☐
Umjeren

Severe ☐
Težak

R Can the patient turn the pages of a book without difficulty and without assistance?
Može li pacijent bez poteškoća i bez pomoći okrenuti list knjige?

No ☐ **Go to S**
Ne **Idite na S**
Yes ☐ **Go to T**
Da **Idite na T**

S The degree of difficulty turning the pages of a book without assistance is (tick one):
Stupanj poteškoće pri okretanju lista knjige bez pomoći je (odaberite jednu mogućnost):

Mild ☐
Blag

Moderate ☐
Umjeren

Severe ☐
Težak

T Does the patient have no capacity to use either their hands or arms
(**Note:** Both hands or both arms)?
Postoji li kod pacijenta nesposobnost korištenja šaka ili ruku?
(**Napomena:** obje šake ili obje ruke)?

No ☐ Yes ☐
Ne Da

U Describe any other impacts.
Opišite ostale moguće utjecaje.

63 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?

Utječe li navedeno stanje na sposobnost prisustvovanja i učinkovitom sudjelovanju u poslu, obrazovanju ili obučavanju?

No ☐ **Go to next question**
Ne **Prijeđite na sljedeće pitanje**
Yes ☐ **Give details below**
Da **U nastavku navedite pojedinosti**

64 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:

Očekuje se da će utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta trajati:

Less than 3 months ☐
Manje od 3 mjeseca

3-24 months ☐
3-24 mjeseca

More than 24 months ☐
Dulje od 24 mjeseca

65 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Očekuje se da će se utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta u sljedeće 2 godine:

- Resolve ☐
Riješiti
Significantly improve ☒
Značajno poboljšati
Slightly improve ☐
Neznatno poboljšati
Fluctuate ☐
Biti promjenjiv
Remain unchanged ☐
Ostati nepromijenjen
Deteriorate ☐
Pogoršati
Uncertain ☐
Biti neizvjestan

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Navedite pojedinosti sposobnosti koju treba postići u sljedeća 24 mjeseca.

66 Is this condition episodic or fluctuating?
Je li navedeno stanje epizodno ili promjenjivo?

No ☒ Go to next question
Ne ☒ Prijedite na sljedeće pitanje

Yes ☐ Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms. Opišite učestalost, trajanje i ozbiljnost epizoda ili opišite kako se navedeno stanje mijenja. Uključite komentar o radnoj sposobnosti tijekom i između epizoda ili promjenjivih simptoma.

Other information / Druge informacije

67 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
Povijest navedenog stanja.
Navedite pojedinosti o temeljnim uzrocima i čimbenicima koji doprinose stanju.

68 Provide any additional comments about this condition.
Navedite dodatne komentare o ovom stanju.

DIO D – Stanja koja utječu na funkciju donjih ekstremiteta

DIO D treba popuniti za stanja koja utječu na funkciju donjih ekstremiteta, što bez ograničenja obuhvaća: artritis, paralizu ili gubitak snage ili osjećaja kao posljedicu moždanog udara ili neke druge ozljede mozga ili živčanog sustava, cerebralnu paralizu i druga stanja koja utječu na koordinaciju donjih ekstremiteta, upalu ili ozljedu mišića ili tetiva, amputaciju ili nepostojanje cijelog donjeg ekstremiteta ili nekog njegovog dijela.

- 69** Does the patient have a condition impacting lower limb function?
- Ima li pacijent stanje koje utječe na funkciju donjeg ekstremiteta?
- No ☐ **Go to PART E**
Ne ☐ **Prijedite na DIO E**
- Yes ☐ Give details below
Da ☐ U nastavku navedite pojedinosti

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge. Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Molimo Vas da odgovorite na sljedeća pitanja na osnovi kliničke procjene, rezultata pretraga i ispitivanja te trenutanih znanstvenih saznanja. Simptomi o kojima pacijent sam izvješćuje nisu dovoljni.



- Attach: • a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
- copies of relevant test and investigation results (e.g. x-rays or other imagery – reports only), along with results of physical tests or assessments of function, if available.
- Priložite: • izvješće liječnika ili specijalista koji liječi navedeno stanje (ako to niste Vi); i
- kopije rezultata relevantnih pretraga i ispitivanja, primjerice rendgenske ili druge slike (samo izvješća) zajedno s rezultatima tjelesnih pretraga ili procjena funkcije, ako su dostupni.

Diagnosis / Dijagnoza

- 70** What is the diagnosis?
Provide specific details
(e.g. include the International
Classification of Diseases code
and/or staging as relevant).
- Kakva je dijagnoza?
Navedite specifične detalje
(primjerice uključite šifru i/ili
stupanj prema Međunarodnoj
klasifikaciji bolesti, prema
važnosti).

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is a vertical margin line on the left side, creating a narrow left margin. The paper appears to be from a notebook or a standard ruled document.

71 The diagnosis is: Confirmed ☐ Who confirmed the diagnosis?
 Dijagnoza je: Potvrđena Tko je potvrdio dijagnozu?

Name
 Ime

Qualifications
 Kvalifikacije

Presumptive ☐ Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Vjerojatna Planiraju li se dodatna ispitivanja/procjene radi potvrđivanja dijagnoze?

No ☐ Yes ☐
 Ne Da

72 What was the date of diagnosis?
 Kada je postavljena dijagnoza (datum)?

Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina
/	/	

73 What was the date of onset of symptoms (if known)?
 Kada su se pojavili prvi simptomi (ako je podatak poznat)?

Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina
/	/	

74 What is the prognosis of this condition?
 Give a timeframe, if applicable.
 Kakva je prognoza navedenog stanja?
 Navedite vremenski okvir, ako je primjenjivo.

Treatment / Liječenje

75 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
 Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
 Kakvo se liječenje navedenog stanja trenutačno primjenjuje (npr. hospitalizacija, operativni zahvat, lijekovi, fizikalna terapija, rehabilitacija, ublažavanje bolova)?
 Navedite specifične podatke (npr. datum početka, učestalost i trajanje liječenja ili rehabilitacije, vrstu i dozu lijekova).

76 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

Koliko je učinkovito trenutačno liječenje?

Opišite reakciju na liječenje i stupanj kontrole simptoma.

77 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Opišite sve nuspojave liječenja, uključujući njihovu težinu.

78 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Kakvo je liječenje navedenog stanja do sada primijenjeno (npr. hospitalizacija, operativni zahvat, lijekovi, fizikalna terapija, rehabilitacija, ublažavanje bolova)?

Navedite specifične podatke (npr. datum početka, učestalost i trajanje liječenja ili rehabilitacije, vrstu i dozu lijekova).

79 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

Nosi li ili koristi li pacijent bilo kakva pomagala, opremu ili pomoćnu tehnologiju u vezi s navedenim stanjem?

No ☐ Go to next question
Ne [Prijedite na sljedeće pitanje](#)
Yes ☐ Give details below
Da [U nastavku navedite pojedinosti](#)

80 Is any future treatment planned for this condition?

Planira li se bilo kakvo buduće liječenje navedenog stanja?

No ☐

Ne

Go to 82

Idite na pitanje broj 82

Yes ☐

Give details below

Da

U nastavku navedite pojedinosti

81 What is the expected benefit of future treatment?

Detail improvement in symptoms and functional capacity.

Kakva je očekivana korist od budućeg liječenja?

Navedite pojedinosti u vezi s poboljšanjem simptoma ili funkcionalnih sposobnosti.

82 Indicate compliance with recommended treatment:

Navedite podatak o tome koliko se osoba pridržava preporučenog liječenja:

Very compliant ☐
Strogo se pridržava

Usually compliant ☐
Obično se pridržava

Rarely compliant ☐
Rijetko se pridržava

Uncertain ☐
Nije sigurno

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels. Navedite pojedinosti o pitanjima u vezi s pristupom ili primjenom odgovarajućeg liječenja koje utječe na razine pridržavanja.

Current symptoms / Trenutačni simptomi

83 What symptoms currently persist despite treatment, aids, equipment or assistive technology?

Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.

Koji simptomi trenutačno stalno postoje usprkos liječenju, pomagalicama, opremi ili pomoćnoj tehnologiji?

Budite specifični i uključite ozbiljnost, učestalost i trajanje simptoma.

84 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:

Odgovori bi trebali odražavati kako stanje trenutačno utječe na funkcionalnu sposobnost **usprkos** liječenju, pomagalima, opremi ili pomoćnoj tehnologiji:

A	Does the patient have difficulty walking? Ima li pacijent poteškoća pri hodaњу?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	Go to I Idite na I
B	Can the patient walk to local facilities without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća hodati do lokalnih objekata?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
C	Can the patient walk without difficulty around a shopping mall or supermarket without a rest? Može li pacijent bez poteškoća hodati po trgovačkom centru ili supermarketu bez odmora?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
D	How far can the patient walk outside their home? Koliko daleko pacijent može hodati izvan kuće?			
E	Does the patient need to drive or use other transport to get to local shops and facilities? Mora li se pacijent voziti ili koristiti druge vrste prijevoza kako bi došao do lokalnih trgovina i objekata?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
F	Does the patient need assistance to walk around a shopping centre or supermarket? Je li pacijentu potrebna pomoć za hodaње po trgovačkom centru ili supermarketu?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
G	Does the patient need assistance to walk from a car park into a shopping centre or supermarket? Je li pacijentu potrebna pomoć za hodaње od parkirališta do trgovačkog centra ili supermarketa?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
H	Is the patient unable to mobilise independently? Postoji li kod pacijenta nemogućnost samostalnog kretanja?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
I	Does the patient use a lower limb prosthesis or a walking stick? Koristi li pacijent protezu za donji ekstremitet ili štap za hodaње?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	Go to K Idite na K Go to J Idite na J
J	Can the patient mobilise effectively using the prosthesis or walking stick? Može li se pacijent samostalno kretati pomoću proteze ili štapa za hodaње?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
K	Does the patient use a wheelchair? Koristi li pacijent kolica?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	Go to N Idite na N Go to L Idite na L
L	Can the patient use the wheelchair independently? Može li pacijent samostalno koristiti kolica?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
M	Can the patient transfer to and from the wheelchair without assistance? Može li se pacijent bez pomoći premjestiti iz kolica i u njih?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
N	Does the patient use walking aids (e.g. quad stick, crutches or walking frame)? Koristi li pacijent pomagala za hodaње (npr. četveronožni štap, štake ili okvir)?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	Go to Q Idite na Q Go to O Idite na O
O	Does the patient move around independently using walking aids? Kreće li se pacijent samostalno uz pomoć pomagala za hodaње?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
P	Does the patient require assistance to move around using walking aids, (i.e. need assistance from another person to walk on some surfaces)? Je li pacijentu potrebna pomoć za kretanje uz pomoć pomagala za hodaње (npr. pomoć druge osobe za hodaње po određenim površinama)?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	
Q	Can the patient stand unaided for at least 10 minutes? Može li pacijent stajati bez pomoći najmanje 10 minuta?	No ☐ Ne	Yes ☐ Da	Go to R Idite na R Go to S Idite na S

- R** Can the patient stand unaided for 5-10 minutes?
Može li pacijent stajati bez pomoći 5-10 minuta? No ☐ Yes ☐
Ne Da
- S** Can the patient stand up from a sitting position without assistance?
Može li pacijent bez pomoći ustati iz sjedećeg položaja? No ☐ Yes ☐
Ne Da
- T** Can the patient use stairs without difficulty?
Može li pacijent bez poteškoća koristiti stepenice? No ☐ **Go to U**
Ne **Idite na U**
Yes ☐ **Go to W**
Da **Idite na W**
- U** Does the patient have some difficulty climbing stairs?
Ima li pacijent određene poteškoće pri uspinjanju stepenicama? No ☐ Yes ☐
Ne Da
- V** Is the patient unable to use stairs or steps without assistance?
Postoji li kod pacijenta nesposobnost samostalnog korištenja stepenica? No ☐ Yes ☐
Ne Da
- W** Can the patient kneel or squat and rise back up to a standing position without difficulty?
Može li pacijent bez poteškoća kleknuti ili čučnuti i ponovno se podići u stojeći položaj? No ☐ Yes ☐
Ne Da
- X** Can the patient use a motor vehicle?
Može li pacijent koristiti motorno vozilo? No ☐ Yes ☐
Ne Da
- Y** Can the patient use public transport without assistance?
Može li pacijent koristiti javni prijevoz bez pomoći? No ☐ Yes ☐
Ne Da
- Z** Describe any other impacts.
Opišite ostale moguće utjecaje.

- 85** Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
Utječe li navedeno stanje na sposobnost prisustvovanja i učinkovitom sudjelovanju u poslu, obrazovanju ili obučavanju?

No ☐ **Go to next question**
Ne **Prijeđite na sljedeće pitanje**
Yes ☐ **Give details below**
Da **U nastavku navedite pojedinosti**

- 86** The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Očekuje se da će utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta trajati:

Less than 3 months ☐ 3-24 months ☐ More than 24 months ☐
Manje od 3 mjeseca 3-24 mjeseca Dulje od 24 mjeseca

87 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Očekuje se da će se utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta u sljedeće 2 godine:

- Resolve ☐
Riješiti
- Significantly improve ☒ **Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months. Navedite pojedinosti sposobnosti koju treba postići u sljedeća 24 mjeseca.**
Značajno poboljšati
- Slightly improve ☐
Neznatno poboljšati
- Fluctuate ☐
Biti promjenjiv
- Remain unchanged ☐
Ostati nepromijenjen
- Deteriorate ☐
Pogoršati
- Uncertain ☐
Biti neizvjestan

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Navedite pojedinosti sposobnosti koju treba postići u sljedeća 24 mjeseca.

88 Is this condition episodic or fluctuating?
Je li navedeno stanje epizodno ili promjenjivo?

- No ☒ **Go to next question**
Ne **Prijedite na sljedeće pitanje**
- Yes ☐ Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms. Opišite učestalost, trajanje i ozbiljnost epizoda ili opišite kako se navedeno stanje mijenja. Uključite komentar o radnoj sposobnosti tijekom i između epizoda ili promjenjivih simptoma.

Other information / Druge informacije

89 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
Povijest navedenog stanja.
Navedite pojedinosti o temeljnim uzrocima i čimbenicima koji doprinose stanju.

90 Provide any additional comments about this condition.
Navedite dodatne komentare o ovom stanju.

DIO E – Psihijatrijska i psihološka stanja

PART E should be completed for mental health conditions including but not limited to: chronic depressive/anxiety disorders, schizophrenia, bipolar affective disorder, eating disorders, somatoform disorders, pathological personality disorders, post traumatic stress disorder, attention deficit hyperactivity disorder manifesting with predominantly behavioural problems, and behavioural problems related to acquired brain injury/frontal lobe syndrome.

DIO E treba popuniti za stanja koja se odnose na mentalno zdravlje, što bez ograničenja obuhvaća: kronične depresivne/anksiozne poremećaje, shizofreniju, bipolarni afektivni poremećaj, poremećaje hranjenja, somatoformne poremećaje, patološke poremećaje osobnosti, post-traumatske stresne poremećaje, poremećaj hiperaktivnosti sa smanjenom pozornošću koji se uglavnom manifestira problemima u ponašanju i probleme u ponašanju koji se odnose na ozljede mozga/sindrom frontalnog režnja.

- 91** Does the patient have a psychiatric or psychological condition?
- Ima li pacijent psihijatrijsko ili psihološko stanje?
- No ☐ **Go to PART F**
 Ne ☐ **Prijedite na DIO F**
- Yes ☐ Give details below
 Da ☐ U nastavku navedite pojedinosti

Instructions for the doctor

If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the greatest impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge. Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Upute liječniku

Ako pacijent ima više stanja navedene vrste, ovdje navedite pojedinosti stanja koje najviše utječe na funkcionalnu sposobnost. Pojedinosti o ostalim stanjima možete unijeti u DIELU F.

Molimo Vas da odgovorite na sljedeća pitanja na osnovi kliničke procjene, rezultata pretraga i ispitivanja te trenutanih znanstvenih saznanja. Simptomi o kojima pacijent sam izvješćuje nisu dovoljni.



Attach a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you).
Priložite izvješće liječnika ili specijalista koji liječi navedeno stanje (ako to niste Vi).

Diagnosis / Dijagnoza

- 92** What is the diagnosis?
Provide specific details
(e.g. include the International
Classification of Diseases code or
the Diagnostic and Statistical
Manual of Mental Disorders code).
- Kakva je dijagnoza?
Navedite specifične detalje (npr.
uključite šifru prema
Međunarodnoj klasifikaciji bolesti
ili Dijagnostičkom i statističkom
priručniku za duševne bolesti).

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

93 The diagnosis is:
Dijagnoza je:

Confirmed ☐ *Go to next question*
Potvrđena ☐ *Prijedite na sljedeće pitanje*

Presumptive ☐ Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Vjerojatna ☐ Jesu li predviđeni daljnje pretrage/testovi da se potvrdi dijagnoza?

No ☐ *Go to next question*
Ne ☐ *Prijedite na sljedeće pitanje*

Yes ☐ Give details below
Da ☐ U nastavku navedite pojedinosti

94 Has the diagnosis of this condition been made by a consultant psychiatrist?
Je li dijagnozu stanja postavio suradni psihijatar?

No ☐ *Go to next question*
Ne ☐ *Prijedite na sljedeće pitanje*

Yes ☐ Provide details of the treating psychiatrist
Da ☐ Navedite podatke psihijatra zaduženog za osobu

Name
Ime

--

Qualifications
Kvalifikacije

--

Address
Adresa

Country Država

Phone number
Broj telefona

Country () Država ()	Area code () Predbroj ()
---------------------------	-------------------------------

Date(s) the patient has consulted the psychiatrist.
If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina	Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina
/	/	/	/	/	/
Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina	Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina
/	/	/	/	/	/

Datum(i) posjeta pacijenta psihijatru.

Ako je bilo više od četiri posjeta, navedite datum prvog posjeta i datum posljednjeg posjeta.



Attach a report from this treating psychiatrist. This report MUST be attached.
Priložite izvješće navedenog psihijatra zaduženog za osobu. To se izvješće MORA priložiti.

► **Go to 97**
Idite na pitanje broj 97

95 Has the diagnosis been made by the patient's treating doctor?

Je li dijagnozu postavio liječnik zadužen za pacijenta?

No ☐ ► Go to next question

Ne [Prijedite na sljedeće pitanje](#)

Yes ☐ ► Provide details of the treating doctor

Da [Navedite podatke liječnika zaduženog za osobu](#)

Name

Ime

Qualifications

Kvalifikacije

Address

Adresa

Country

Država

Phone number

Broj telefona

Country (

Država

) Area code

Predbroj

(

)

Date(s) the patient has consulted this medical practitioner.

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Datum(i) posjeta pacijenta ovom zdravstvenom djelatniku.

Ako je bilo više od četiri posjeta, navedite datum prvog posjeta i datum posljednjeg posjeta.

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina
/ /

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina
/ /

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina
/ /

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina
/ /



Attach a report from this treating doctor. This report MUST be attached.

Priložite izvješće navedenog liječnika zaduženog za osobu. To se izvješće MORA priložiti.

► Go to next question

[Prijedite na sljedeće pitanje](#)

96 Has the diagnosis been confirmed by a clinical psychologist (i.e. a psychologist with specialised qualifications which legally entitle them to diagnose and treat psychiatric and psychological conditions in their country/countries of practice)?

Je li dijagnozu potvrdio klinički psiholog (odnosno psiholog s posebnim kvalifikacijama (specijalizacijom) koja mu prema zakonu daje pravo dijagnosticiranja i liječenja psihijatrijskih i psiholoških stanja u državi/državama u kojoj/ima obavlja praksu)?

No ☐

Go to next question

Ne

Prijedite na sljedeće pitanje

Yes ☐

Provide details of the clinical psychologist

Da

Navedite podatke kliničkog psihologa

Name

Ime

Qualifications

Kvalifikacije

Address

Adresa

Country

Država

Phone number

Broj telefona

Country (

Država

) Area code

Predbroj

(

)

Date(s) the patient has consulted this clinical psychologist.

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Datum(i) posjeta pacijenta navedenom kliničkom psihologu.

Ako je bilo više od četiri posjeta, navedite datum prvog posjeta i datum posljednjeg posjeta.

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina
/ /

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina
/ /

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina
/ /

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina
/ /



Attach a report from this clinical psychologist. This report MUST be attached.

Priložite izvješće navedenom kliničkog psihologa. To se izvješće MORA priložiti.



Go to next question

Prijedite na sljedeće pitanje

97 What was the date of diagnosis?
Kada je postavljena dijagnoza (datum)?

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina
/ /

98 What was the date of onset of symptoms (if known)?
Kada su se pojavili prvi simptomi (ako je podatak poznat)?

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina
/ /

99 What is the prognosis of this condition?
Give a timeframe, if applicable.
Kakva je prognoza navedenog stanja?
Navedite vremenski okvir, ako je primjenjivo.

100 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, medication, counselling, cognitive behavioural therapy, rehabilitation)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Kakvo se liječenje navedenog stanja trenutačno primjenjuje (npr. hospitalizacija, lijekovi, savjetovanje, kognitivna bihevioralna terapija, rehabilitacija)?

Navedite specifične podatke (npr. datum početka, učestalost i trajanje liječenja ili rehabilitacije, vrstu i dozu lijekova).

101 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

Koliko je učinkovito trenutačno liječenje?

Opišite reakciju na liječenje i stupanj kontrole simptoma.

102 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Opišite sve nuspojave liječenja, uključujući njihovu težinu.

103 What treatment has been undertaken in the past (e.g. medication, counselling, cognitive behavioural therapy, rehabilitation)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Kakvo je liječenje navedenog stanja do sada primijenjeno (npr. lijekovi, savjetovanje, kognitivna bihevioralna terapija, rehabilitacija)?

Navedite specifične podatke (npr. datum početka, učestalost i trajanje liječenja ili rehabilitacije, vrstu i dozu lijekova).

104 Has the patient been hospitalised for this condition?

Je li pacijent hospitaliziran zbog navedenog stanja?

No ☐

Go to next question

Ne

Prijeđite na sljedeće pitanje

Yes ☐

Give details below, beginning with the most recent

Da

U nastavku navedite pojedinosti, počevši s najnovijima

1	Condition (diagnosis) Stanje (dijagnoza)	
	Date of admission Datum prijema	Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina / /
	Duration Trajanje	
	Reason Razlog	
	Name of institution Naziv ustanove	

2	Condition (diagnosis) Stanje (dijagnoza)	
	Date of admission Datum prijema	Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina / /
	Duration Trajanje	
	Reason Razlog	
	Name of institution Naziv ustanove	

3	Condition (diagnosis) Stanje (dijagnoza)	
	Date of admission Datum prijema	Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina / /
	Duration Trajanje	
	Reason Razlog	
	Name of institution Naziv ustanove	

If the patient has been hospitalised more than 3 times, attach a separate sheet with details.
Ako je pacijent hospitaliziran više od 3 puta, priložite poseban list s pojedinostima.

105 Is any future treatment planned for this condition?

Planira li se bilo kakvo buduće liječenje navedenog stanja?

No ☐

Go to 107

Ne

Idite na pitanje broj 107

Yes ☐

Give details below

Da

U nastavku navedite pojedinosti

106 What is the expected benefit of future treatment?

Detail improvement in symptoms and functional capacity.

Kakva je očekivana korist od budućeg liječenja?

Navedite pojedinosti u vezi s poboljšanjem simptoma ili funkcionalnih sposobnosti.

107 Indicate compliance with recommended treatment:

Navedite podatak o tome koliko se osoba pridržava preporučenog liječenja:

Very compliant ☐
Strogo se pridržava

Usually compliant ☐
Obično se pridržava

Rarely compliant ☐
Rijetko se pridržava

Uncertain ☐
Nije sigurno

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels. Navedite pojedinosti o pitanjima u vezi s pristupom ili primjenom odgovarajućeg liječenja koje utječe na razine pridržavanja.

Current symptoms / Trenutačni simptomi

108 What symptoms currently persist despite treatment?

Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.

Koji simptomi trenutačno stalno postoje **usprkos** liječenju?

Budite specifični i uključite ozbiljnost, učestalost i trajanje simptoma.

Functional impact / Funkcionalni utjecaj

109 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function despite treatment:

Odgovori bi trebali odražavati kako navedeno stanje trenutačno utječe na funkcionalnu sposobnost pacijenta **usprkos** liječenju:

A Does the patient have difficulty with self care and independent living?
Ima li pacijent poteškoća s osobnom njegom i samostalnim životom?

No ☐ **Go to B**

Ne ☐ **Prijeđite na dio B**

Yes ☐ Provide details and examples below
Da ☐ U nastavku navedite pojedinosti i primjere

B Does the patient have difficulty with social/recreational activities and travel?
Ima li pacijent poteškoća s društvenim/rekreativnim aktivnostima i putovanjima?

No ☐ **Go to C**

Ne ☐ **Prijeđite na dio C**

Yes ☐ Provide details and examples below
Da ☐ U nastavku navedite pojedinosti i primjere

- C** Does the patient have difficulty with interpersonal relationships?
Ima li pacijent poteškoća s međuljudskim odnosima?

No ☐ ➤ **Go to D**

Ne **Prijedite na dio D**

Yes ☐ ➤ Provide details and examples below

Da U nastavku navedite pojedinosti i primjere

- D** Does the patient have difficulty with concentration and task completion?
Ima li pacijent poteškoća s koncentracijom i obavljanjem zadataka?

No ☐ ➤ **Go to E**

Ne **Prijedite na dio E**

Yes ☐ ➤ Provide details and examples below

Da U nastavku navedite pojedinosti i primjere

- E** Does the patient have difficulty with behaviour, planning and decision-making?
Ima li pacijent poteškoća s ponašanjem, planiranjem i donošenjem odluka?

No ☐ ➤ **Go to F**

Ne **Prijedite na dio F**

Yes ☐ ➤ Provide details and examples below

Da U nastavku navedite pojedinosti i primjere

- F** Describe any other impacts.
Opišite ostale moguće utjecaje.

- 110** Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?

Utječe li navedeno stanje na sposobnost prisustvovanja i učinkovitom sudjelovanju u poslu, obrazovanju ili obučavanju?

No ☐ ➤ **Go to next question**

Ne **Prijedite na sljedeće pitanje**

Yes ☐ ➤ Give details below

Da U nastavku navedite pojedinosti

111 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Očekuje se da će utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta trajati:

Less than 3 months ☐
Manje od 3 mjeseca

3-24 months ☐
3-24 mjeseca

More than 24 months ☐
Dulje od 24 mjeseca

112 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Očekuje se da će se utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta u sljedeće 2 godine:

Resolve ☐
Riješiti
Significantly improve ☐
Značajno poboljšati
Slightly improve ☐
Neznatno poboljšati
Fluctuate ☐
Biti promjenjiv
Remain unchanged ☐
Ostati nepromijenjeno
Deteriorate ☐
Pogoršati
Uncertain ☐
Nisam siguran

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Navedite pojedinosti sposobnosti koju treba postići u sljedeća 24 mjeseca.

113 Is this condition episodic or fluctuating?
Je li navedeno stanje epizodno ili promjenjivo?

No ☐ Go to next question
Ne ☐ Prijedite na sljedeće pitanje

Yes ☐ Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.
Da ☐ Opišite učestalost, trajanje i ozbiljnost epizoda ili opišite kako se navedeno stanje mijenja. Uključite komentar o radnoj sposobnosti tijekom i između epizoda ili promjenjivih simptoma.

Other information / Druge informacije

114 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
Povijest navedenog stanja.
Navedite pojedinosti o temeljnim uzrocima i čimbenicima koji doprinose stanju.

115 Provide any additional comments about this condition.
Navedite dodatne komentare o ovom stanju.

DIO F – Druga zdravstvena stanja

116 Does the patient have any other medical conditions including intellectual impairment which have a **SIGNIFICANT** impact on their ability to function (e.g. endurance, movement, cognitive function, communication, behaviour, ability for self care, need for support in activities of daily living)?

Ima li pacijent neko drugo medicinsko stanje ili intelektualno oštećenje koje ima ZNATNI utjecaj na njegovu sposobnost funkcioniranja (npr. izdržljivost, kretanje, kognitivnu funkciju, komunikaciju, ponašanje, sposobnost da se brine o sebi, potrebu za pomoć kod aktivnosti za svakodnevno življenje)?

No ☐ **Go to PART G**
Ne ☐ **Prijedite na DIO G**

Yes ☐ Give details below
Da ☐ U nastavku
navedite pojedinosti

Instructions for the doctor

Detail only one condition at a time – avoid grouping medical conditions. **If there is more than one other condition, photocopy pages 42–48 for each additional condition, answer the questions and attach the completed pages to this form.**

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge. Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Upute liječniku

Navedite detalje po pojedinim stanjima; izbjegavajte grupiranje zdravstvenih stanja. **Ako postoji više stanja, fotokopirajte stranice 42-48 za svako dodatno stanje, odgovorite na pitanja i priložite popunjene stranice ovom obrascu.**

Molimo Vas da odgovorite na sljedeća pitanja na osnovi kliničke procjene, rezultata pretraga i ispitivanja te trenutačnih znanstvenih saznanja.

Simptomi o kojima pacijent sam izvještuje nisu dovoljni.



- Attach: • *if this condition impacts vision* **a report from an Ophthalmologist. This report MUST be attached,**
- *if this condition impacts hearing or other ear functions* **a report from an Audiologist or Ear, Nose and Throat specialist. This report MUST be attached,**
 - a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
 - results of relevant test and investigation results (reports only), if available.
- Priložite: • *ako navedeno stanje utječe na vid,* **potrebno je izvješće oftalmologa. To se izvješće MORA priložiti.**
- *ako navedeno stanje utječe na sluh ili druge funkcije uha,* **potrebno je izvješće audiologa ili otorinolaringologa. To se izvješće MORA priložiti.**
 - izvješće liječnika ili specijalista koji liječi navedeno stanje (ako to niste Vi); i
 - rezultate relevantnih pretraga i ispitivanja (samo izvješća) ako su dostupni.

Diagnosis / Dijagnoza

- 117** What is the diagnosis?

Provide specific details
(e.g. include the International
Classification of Diseases code
and/or staging as relevant).

Navedite specifične detalje (primjerice uključite šifru i/ili stupanj prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, prema važnosti).

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

118 The diagnosis is: Confirmed ☐ Who confirmed the diagnosis?
Dijagnoza je: Potvrđena ☐ Tko je potvrdio dijagnozu?

Name Ime	
Qualifications Kvalifikacije	

No ☐ Yes ☐

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no text or other markings on the paper.

123 How effective is current treatment? Describe response to treatment and degree of control of symptoms. Koliko je učinkovito trenutačno liječenje? Opišite reakciju na liječenje i stupanj kontrole simptoma.	
---	-------------------------------------

Opišite reakciju na liječenje i stupanj kontrole simptoma.

124 Describe any adverse effects of treatment, including severity.
 Opišite sve nuspojave liječenja, uključujući njihovu težinu.

Opišite sve nuspojave liječenja, uključujući njihovu težinu.

125 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, counselling, physical therapy, rehabilitation, pain management)? Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications). Kakvo je liječenje navedenog stanja do sada primijenjeno (npr. hospitalizacija, operativni zahvat, lijekovi, savjetovanje, fizikalna terapija, rehabilitacija, ublažavanje bolova)? Navedite specifične podatke (npr. datum početka, učestalost i trajanje liječenja ili rehabilitacije, vrstu i dozu lijekova).	
--	--

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Kakvo je liječenje navedenog stanja do sada primijenjeno (npr. hospitalizacija, operativni zahvat, lijekovi, savjetovanje, fizikalna terapija, rehabilitacija, ublažavanje bolova)?

Navedite specifične podatke (npr. datum početka, učestalost i trajanje liječenja ili rehabilitacije, vrstu i dozu lijekova).

126

Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?
Nosi li ili koristi li pacijent bilo kakva pomagala, opremu ili pomoćnu tehnologiju u vezi s navedenim stanjem?

No☐

Prijedite na sljedeće pitanje

Yes☐

Give details below
U nastavku navedite pojedinosti

Nosi li ili koristi li pacijent bilo kakva pomagala, opremu ili pomoćnu tehnologiju u vezi s navedenim stanjem?

No ☐ Go to next question
Ne ☐ Prijedite na sljedeće pitanje

Yes ☐ Give details below
Da ☐ U nastavku navedite pojedinosti

127 Is any future treatment planned for this condition?

Planira li se bilo kakvo buduće liječenje navedenog stanja?

No ☐

Ne

Go to 129

Idite na pitanje broj 129

Yes ☐

Give details below

Da

U nastavku navedite pojedinosti

128 What is the expected benefit of future treatment?

Detail improvement in symptoms and functional capacity.

Kakva je očekivana korist od budućeg liječenja?

Navedite pojedinosti u vezi s poboljšanjem simptoma ili funkcionalnih sposobnosti.

129 Indicate compliance with recommended treatment:

Navedite podatak o tome koliko se osoba pridržava preporučenog liječenja:

Very compliant ☐

Strogo se pridržava

Usually compliant ☐

Obično se pridržava

Rarely compliant ☐

Rijetko se pridržava

Uncertain ☐

Nije sigurno

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels. Navedite pojedinosti o pitanjima u vezi s pristupom ili primjenom odgovarajućeg liječenja koje utječe na razine pridržavanja.

Current symptoms /Trenutačni simptomi

130 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?

Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.

Koji simptomi trenutačno stalno postoje **usprkos** liječenju, pomagalicama, opremi ili pomoćnoj tehnologiji?

Budite specifični i uključite ozbiljnost, učestalost i trajanje simptoma.

131 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology.

Describe in detail the impact on:

Odgovori bi trebali odražavati kako stanje trenutačno utječe na funkcionalnu sposobnost **usprkos** liječenju, pomagalicama, opremi ili pomoćnoj tehnologiji.

Navedite detaljan opis utjecaja na:

A Endurance.

Izdržljivost.

B Movement/dexterity (e.g. walking, bending, sitting, standing, lifting/carrying/manipulating objects).
Kretanje/spretnost (npr. hodanje, sagibanje, sjedenje, stajanje, podizanje/nošenje/rukovanje predmetima).

C Neurological/cognitive function (e.g. concentrating, decision making, memory, problem solving).
Neurološke/kognitivne funkcije (npr. koncentracija, donošenje odluka, pamćenje, rješavanje problema).

D Functions of consciousness (involuntary loss of consciousness or altered consciousness e.g. seizures, migraines).

Funkcije svijesti (nehotični gubitak ili promjena svijesti, primjerice napadaji, migrene).

E Behaviour, planning, interpersonal relationships.

Ponašanje, planiranje, međuljudski odnosi.

F Sensory and communication functions (e.g. seeing, hearing, speaking).

Senzorne i komunikacijske funkcije (npr. vid, sluh, govor).

G Digestive, reproductive and continence functions.

Digestivne, reproduktivne funkcije i kontinenciju.

H Need for care (e.g. support in daily living, supported accommodation or nursing home/hospital care).

Potrebu za njegom (npr. potpora u svakodnevnom životu, smještaj uz pomoć ili u domu/bolnička njega).

I Shopping and performing household tasks.

Svakodnevno obavljanje kupnje i kućanskih poslova.

J Driving and use of public transport.
Vožnju i korištenje javnog prijevoza.

K Other impacts as applicable.
Drugi učinci prema primjenjivosti.

132 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?

Utječe li navedeno stanje na sposobnost prisustvovanja i učinkovitom sudjelovanju u poslu, obrazovanju ili obučavanju?

- No ☐ Go to next question
Ne ☐ Prijedite na sljedeće pitanje
- Yes ☐ Give details below
Da ☐ U nastavku navedite pojedinosti

133 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:

Očekuje se da će utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta trajati:

- Less than 3 months ☐ 3-24 months ☐ More than 24 months ☐
Manje od 3 mjeseca 3-24 mjeseca Dulje od 24 mjeseca

134 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:

Očekuje se da će se utjecaj navedenog stanja na funkcionalnu sposobnost pacijenta u sljedeće 2 godine:

- Resolve ☐
Riješiti
- Significantly improve ☐ ☒
Značajno poboljšati
- Slightly improve ☐
Neznatno poboljšati
- Fluctuate ☐
Biti promjenjiv
- Remain unchanged ☐
Ostati nepromijenjen
- Deteriorate ☐
Pogoršati
- Uncertain ☐
Biti neizvjestan

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Navedite pojedinosti sposobnosti koju treba postići u sljedeća 24 mjeseca.

Je li navedeno stanje epizodno ili promjenjivo?

No ☐  *Go to next question*
Ne ☐ *Prijeđite na sljedeće pitanje*

Yes ☐ Describe the frequency, duration and severity of episodes (including episodes in loss of or altered consciousness), or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.

Da ☐ Opišite učestalost, trajanje i ozbiljnost epizoda (uključujući epizode gubitka ili promjene svijesti) ili opišite kako se navedeno stanje mijenja. Ukjučite komentar o radnoj sposobnosti tijekom i između epizoda ili promjenjivih simptoma.

[illegible]

Other information / Druge informacije

136 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
Povijest navedenog stanja.
Navedite pojedinosti o temeljnim uzrocima i čimbenicima koji doprinose stanju.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is a vertical margin line on the left side, creating a narrow left margin. The paper appears to be from a notebook or a standard ruled document.

137 Provide any additional comments about this condition.

Navedite dodatne komentare o ovom stanju.

[illegible]

PART G – Additional information**DIO G – Dodatne informacije**

- 138** Does the patient have any other medical conditions which are generally well managed and cause minimal or limited impact on ability to function?

Ima li pacijent kakva druga zdravstvena stanja koja su općenito dobro kontrolirana i predstavljaju manje smetnje ili imaju ograničen utjecaj na sposobnost funkcioniranja?

No ☐ *Go to next question*
Ne *Prijedite na sljedeće pitanje*
Yes ☐ *Give details below*
Da *U nastavku navedite pojedinosti*

Condition (diagnosis) Stanje (dijagnoza)	Treatment Liječenje	Significant improvement expected? Očekuje se znatno poboljšanje?	Impact on ability to function Utjecaj na sposobnost funkcioniranja
1		No ☐ Ne	Yes ☐ Da
2		No ☐ Ne	Yes ☐ Da
3		No ☐ Ne	Yes ☐ Da
4		No ☐ Ne	Yes ☐ Da

If there are more than 4 medical conditions which do NOT have a significant impact on ability to function, attach a separate sheet with details.
Ako postoji više od četiri zdravstvena stanja koja NEMAJU znatni utjecaj na sposobnost funkcioniranja, priložite zasebne stranice s pojedinostima.

- 139** Patient's details

Podaci o pacijentu

Height

Visina

Weight

Težina

Blood pressure

Krvni tlak

- 140** Does the patient have a medical condition that may significantly reduce their life expectancy?

Ima li pacijent zdravstveno stanje koje bi moglo znatno skratiti njegov očekivani životni vijek?

No ☐ *Go to 142*
Ne *Idite na pitanje broj 142*
Yes ☐ *Diagnosis of condition*
Da *Dijagnoza stanja*

- 141** Is the average life expectancy of a patient with this condition shorter than 24 months?

Je li prosječni životni vijek pacijenta s navedenim stanjem kraći od 24 mjeseca?

No ☐
Ne
Yes ☐
Da

PART H – Capacity for work or training

DIO H – Sposobnost za rad ili obrazovanje

Instructions for the doctor

PART H is to provide a holistic summary of the patient's current and potential capacity for work.

- Only those medical conditions with impact on functional capacity expected to persist for more than 2 years should be considered in assessing the patient's work capacity.
- Rate how the patient's work capacity is affected by their medical conditions now and over the next 2 years. This means any work the patient is capable of performing regardless of the availability of that work and without regard to the patient's age, educational level and current work skills.
- Tick one option for each column in the work capacity tables.
- Respond even if the patient has not worked for some time.

Upute liječniku

U DIJELU H potrebno je dati sveobuhvatni sažetak trenutačne i moguće radne sposobnosti pacijenta.

- Pri razmatranju radne sposobnosti pacijenta potrebno je uzeti u obzir samo ona zdravstvena stanja koja utječu na funkcionalnu sposobnost, a za koja se očekuje da će potrajati više od 2 godine.
- Procijenite kako zdravstveno stanje pacijenta trenutačno utječe na radnu sposobnost pacijenta i kako će utjecati tijekom sljedeće 2 godine. To znači svaki posao koji pacijent može obavljati bez obzira na njegovu dostupnost te dob, stupanj obrazovanja i trenutačne radne vještine pacijenta.
- Označite po jednu mogućnost za svaki stupac u tablicama radne sposobnosti.
- Odgovorite čak i ako pacijent već neko vrijeme nije radio.

142 Indicate your assessment of the patient's capacity to do any work **WITHOUT ANY INTERVENTION** programs:

i.e. WITHOUT programs that are designed to assist people back into the workforce (e.g. on the job training, vocational rehabilitation).

Navedite svoju procjenu sposobnosti pacijenta da obavlja bilo koji posao **BEZ IKAKVIH INTERVENTNIH** programa:

odnosno **BEZ** programa namijenjenih pomaganju osobama koje se vraćaju među zaposlene osobe (npr. obrazovanje za određeni posao, stručna rehabilitacija).

Work capacity / Radna sposobnost

	Current Trenutačna	Within 6 months U sljedećih 6 mjeseci	6–24 months Tijekom 6–24 mjeseca	More than 24 months Dulje od 24 mjeseca
0–7 hrs per week 0–7 sati tjedno				
8–14 hrs per week 8–14 sati tjedno				
15–29 hrs per week 15–29 sati tjedno				
30+ hrs per week Više od 30 sati tjedno				

Type of work / Vrsta posla

Suggested suitable work
Predloženi odgovarajući posao

Provide reasons for work capacity and type of work recommendations

Navedite razloge radne sposobnosti i preporuku o vrsti posla

- 143** Indicate your assessment of the patient's capacity to do any work WITH INTERVENTION programs: i.e. WITH programs that **are** specifically designed for people with physical, intellectual or psychiatric impairments (e.g. vocational rehabilitation, disability employment services) AND those that **are not** (e.g. vocational or pre-vocational training, on the job training and educational programs).

Navedite svoju procjenu sposobnosti pacijenta da obavlja bilo koji posao UZ INTERVENTNE programe:

odnosno UZ programe koji **su** posebno namijenjeni osobama s tjelesnim, intelektualnim ili psihijatrijskim oštećenjima (npr. stručna rehabilitacija, usluge zapošljavanja osoba s posebnim potrebama) I one koji to **nisu** (npr. stručno obrazovanje ili osposobljavanje, obrazovanje u okviru zaposlenja i obrazovni programi).

Work capacity / Radna sposobnost

	Current Trenutačna	Within 6 months U sljedećih 6 mjeseci	6–24 months Tijekom 6-24 mjeseca	More than 24 months Dulje od 24 mjeseca
0–7 hrs per week 0–7 sati tjedno				
8–14 hrs per week 8–14 sati tjedno				
15–29 hrs per week 15–29 sati tjedno				
30+ hrs per week Više od 30 sati tjedno				

Type of work / Vrsta posla

Suggested suitable work
Predloženi odgovarajući posao

Provide reasons for work capacity and type of work recommendations

Navedite razloge za radnu sposobnost i preporučenu vrstu posla

- 144** What type(s) of assistance would best assist the patient to return to work?

Koja(e) vrsta(e) pomoći bi najbolje pomogla pacijentu da se vrati na posao?

No assistance required
Pomoć nije potrebna

Educational training (e.g. Year 12)
Obrazovne aktivnosti (npr. 12. godina obrazovanja)

Vocational/work training and rehabilitation
Stručne/radne aktivnosti i rehabilitacija

On-the-job training
Dodatno obrazovanje na radnom mjestu

Voluntary work
Dobrovoljni rad

Drug and alcohol assistance
Pomoć osobama s ovisnošću o opojnim sredstvima i alkoholu

Other
Drugo

☐ **Go to 146**
Idite na pitanje broj 146

Go to next question
Prijedite na sljedeće pitanje

☐ **Give details below**
U nastavku navedite pojedinosti

- 145** Indicate your assessment of the patient's interest in pursuing assistance to return to work:

Navedite svoju procjenu interesa pacijenta da potraži pomoć radi povratka na posao:

Nil ☐
Nikakav

Minimal ☐
Minimalan

Moderate ☐
Umjeren

Substantial ☐
Znatan

Give details below
U nastavku navedite pojedinosti

PART i – Certification

DIO i – Potvrda

146 This patient has been...
Ova osoba je bila...

my patient since
moj pacijent od

Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina
/	/	

a patient at this practice since
pacijent u ovoj ordinaciji od

Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina
/	/	

147 Would you like someone from Human Services, or a medical assessor authorised by the Australian Government to contact you about this report (e.g. if there is any information which, if released to the patient, might be prejudicial to their physical or mental health)?

Biste li željeli da Vas netko iz Ministarstva za humane usluge (Human Services) ili procjenitelj zdravstvenog stanja kojeg je odobrila Australaska vlada kontaktira u vezi s ovim izvješćem (npr. ako postoje bilo kakve informacije koje bi, u slučaju otkrivanja pacijentu, mogle stvoriti predrasude o njegovom tjelesnom ili mentalnom zdravlju)?

No ☐ Go to next question

Ne *Prijedite na sljedeće pitanje*

Yes ☐ The following days and local times suit me:
Da Odgovaraju mi sljedeći dani i lokalno vrijeme

Day
Día

Time
Hora

 : am/ujutro
pm/popodne

to
do

 : am/ujutro
pm/popodne : am/ujutro
pm/popodne

to
do

 : am/ujutro
pm/popodne

Would you like an interpreter when speaking with us?

Biste li željeli pomoć tumača kada budete razgovarali s nama?

No ☐ Go to next question

Ne *Prijedite na sljedeće pitanje*

Yes ☐ Preferred language
Da Željeni jezik

148 Doctor's details and declaration
Please make sure you have read the **Privacy and your personal information** on page 3 of this form.

Please print in BLOCK LETTERS or use stamp.

Podaci o liječniku i izjava

Molimo svakako pročitajte dio o **zaštiti privatnosti Vaših osobnih podataka** na stranici 3 ovog obrasca.

Pišite VELIKIM SLOVIMA ili upotrijebite žig.

Details of doctor completing this report:

Podaci o liječniku koji je ispunio ovo izvješće:

Name of doctor
Ime liječnika

Qualifications
Kvalifikacije

Address
Adresa

Country Država	

Phone number
Broj telefona

Country () Država ()	Area code () Predbroj ()
---------------------------	-------------------------------

Signature
Potpis



Date
Država

Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina
/	/	

Stamp (if applicable)
Žig (ako je primjenjivo)

149 Returning this report
Povrat ovog izvješća

Return address
Povratna adresa

Department of Human Services
International Services
Reply Paid 7809
CANBERRA BC ACT 2610
AUSTRALIA

Please post this completed report and any attachments directly to International Services, or if you prefer, you may give this completed report and any attachments to your patient to return to International Services.
Thank you for your assistance.

Molimo Vas da ispunjeno izvješće i eventualne priloge pošaljete poštom direktno u International Services, ili ako radije želite možete ga dati zajedno sa svim priložima pacijentu da ga on vrati u International Services.
Zahvaljujemo Vam se na suradnji.

ENQUIRIES

If you have any questions please call
(+61 3) 6222 3455 (outside Australia)
131 673 (inside Australia)

Note: Call charges apply – calls from mobile phones may be charged at a higher rate.

Upiti

Ako imate daljnja pitanja molimo nazovite broj **(+61 3) 6222 3455** (izvan Australije) ili **131 673** (u Australiji).

Napomena: Poziv se naplaćuje – cijena poziva s mobitela može biti veća.