

Назив здравствене установе:

Бр. протокола _____

Датум _____

Место: _____

**ЗДРАВСТВЕНИ КАРТОН О ЗДРАВСТВЕНОЈ СПОСОБНОСТИ ФИЗИЧКОГ
ЛИЦА ЗА ДРЖАЊЕ И НОШЕЊЕ ОРУЖЈА**

1.0	ОПШТИ ПОДАЦИ*	
1.1	Име, име једног од родитеља, презиме	
1.2	Дан, месец и година рођења	
1.3	Место рођења (општина)	
1.4	Место пребивалишта, односно боравишта и адреса	
1.5	Пол 1. Мушки 2. Женски	
1.6	Брачно стање	
1.7	Школска спрема	
1.8	Посао, занимање које обавља и где	
1.9	ЈМБГ _____ Број личне карте и од кога је издата _____	
1.10	Регулисана војна обавеза	1. Да 2. Не

2.1	Преглед је		
	1. Први 2. Поновни 3. Ванредни		
2.2	Долази на преглед		
	1. По личној жељи		
	2. По упуту послодавца		
	3. По упуту органа унутрашњих послова		
2.3	Колико година поседује дозволу за држање или ношење оружја?		
	1. До једне године 2. Од 1 до 5 година 3. Више од 5 година		
2.4	Коју врсту оружја држи или носи?		
	1. Лично 2. Ловачко 3. Спортско		

3.0	ЛИЧНА АНАМНЕЗА		
3.1	Обољење очију	1. Да	2. Не
3.2	Обољење уха	1. Да	2. Не
3.3	Поремећаји равнотеже	1. Да	2. Не
3.4	Астма / хронични бронхитис	1. Да	2. Не
3.5	Запаљење зглобова (реума)	1. Да	2. Не
3.6	Повишен притисак крви	1. Да	2. Не
3.7	Обољење срца	1. Да	2. Не
3.6	Шећерна болест	1. Да	2. Не
3.8	Болести штитне жлезде	1. Да	2. Не
3.9	Улкусна болест желуца и дванаестопалачног црева	1. Да	2. Не
3.10	Обољење јетре (жутица)	1. Да	2. Не
3.11	Падавица	1. Да	2. Не
3.12	Мождани удар	1. Да	2. Не
3.13	Живчане болести	1. Да	2. Не
3.14	Душевне болести	1. Да	2. Не
3.15	Лечен од алкохолизма / других болести зависности	1. Да	2. Не
3.16	Повреде главе	1. Да	2. Не
3.17	Повреде удова	1. Да	2. Не
3.18	Тумори	1. Да	2. Не
3.19	Операције	1. Да	2. Не
3.20	Болничко лечење	1. Да	2. Не
3.21	Остало (навести која обољења)		

4.0	ПОРОДИЧНА АНАМНЕЗА		
4.1	Болести срца	1. Да	2. Не
4.2	Шећерна болест	1. Да	2. Не
4.3	Душевна болест	1. Да	2. Не
4.4	Алкохолизам	1. Да	2. Не
4.5	Падавица	1. Да	2. Не
4.6	Повишен притисак крви	1. Да	2. Не

5.0	САДАШЊЕ СТАЊЕ И НАВИКЕ		
5.1	Главобоља	1. Да	2. Не
5.2	Вртоглавица	1. Да	2. Не
5.3	Спавање	1. Добро	2. Лоше
5.4	Менструација	1. Уредна	2. Неуредна
5.5	Види	1. Добро	2. Лоше
5.6	Чује	1. Добро	2. Лоше
5.7	Употребљава лекове	1. Да	2. Не
5.8	Узима алкохолна пића 1. Свакодневно 2. Повремено 3. Не пије		
5.9	Пуши	1. Да	2. Не

ИЗЈАВА О САГЛАСНОСТИ

Ја, доле потписани/а, потврђујем да су подаци наведени у здравственој анамнези (ставови 3.0-5.9) истинити, и за то сносим пуну моралну, материјалну и кривичну одговорност.

Сагласан/на сам да се, у случају потребе, моја медицинска документација која се налази код мог изабраног лекара (доктора медицине, доктора медицине специјалисте опште медицине, односно доктора медицине специјалисте медицине рада), или код других доктора медицине или у другим здравственим установама, достави на увид овлашћеном доктору медицине, специјалисти медицине рада ради издавања уверења о здравственој способности за држање и ношење оружја.

Изјављујем да нисам користио/ла и не користим психоактивне супстанце и пристајем да се подвргнем тесту на психоактивне супстанце, у случају да постоји индикација од стране доктора медицине, специјалисте медицине рада или специјалисте психијатра/неуропсихијатра.

Мој изабрани лекар је: _____

из здравствене установе: _____

Датум: _____

Потпис испитаника

6.0	ПРЕГЛЕД ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ, СПЕЦИЈАЛИСТЕ МЕДИЦИНЕ РАДА		
6.1	ТА _____ mm Hg	1. Нормалан	2. Пoviшен 3. Снiжен
6.2	Пулс _____ у мин.	1. Нормалан	2. Патолошки
6.3	ЕКГ	1. Нормалан налаз	2. Патолошки налаз
6.4	Спирометрија	1. Нормалан налаз	2. Патолошки налаз
6.5	Глава и врат	1. Налаз уредан	2. Налаз неуредан
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
6.6	Штитњача	1. Налаз уредан	2. Налаз неуредан
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
6.7	Грудни кош	1. Налаз уредан	2. Налаз неуредан
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
6.8	Плућа	1. Налаз уредан	2. Налаз неуредан
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
6.9	Срце	1. Налаз уредан	2. Налаз неуредан
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
6.10	Трбушни органи	1. Налаз уредан	2. Налаз неуредан
	Шифра болести _____		
	Опис _____		

6.11	Кичма	1. Налаз уредан	2. Налаз неуредан
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
6.12	Горњи удови	1. Налаз уредан	2. Налаз неуредан
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
6.13	Доњи удови	1. Налаз уредан	2. Налаз неуредан
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
6.14	Кожа, видљиве слузокоже и лимфне жлезде	1. Налаз уредан	2. Налаз неуредан
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
6.15	ЛАБОРАТОРИЈСКИ НАЛАЗ - преглед на психоактивне супстанце	1. Нормалан	2. Ненормалан
6.16	Закључак: На основу прегледа који сам извршио у обиму и на начин који омогућава оцену способности за држање и ношење оружја сматрам да је _____ бр. л.к. _____ 1) способан/на, 2) неспособан/на		
Потпис доктора медицине, специјалисте медицине рада _____			

7.0	ПРЕГЛЕД ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ СПЕЦИЈАЛИСТЕ ПСИХИЈАТРИЈЕ / НЕУРОПСИХИЈАТРИЈЕ		
7.1.	Неуропсихијатријска анамнеза _____		
7.2	Трауме главе без губитка свести	1. Да	2. Не
	Шифра болести _____		
7.3	Трауме главе са губитком свести	1. Да	2. Не
	Шифра болести _____		
7.4	Несвестице	1. Да	2. Не
	Шифра болести _____		
7.5	Вртоглавице	1. Да	2. Не
	Шифра болести _____		
7.6	Падавица	1. Да	2. Не
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
7.7	Неуротске сметње	1. Да	2. Не
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
7.8	Уживање алкохола	1. Да	2. Не
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
7.9	Зависност од лекова и дрога	1. Да	2. Не
	Шифра болести _____		
	Опис _____		

7.10	Лечен код неуропсихијатра болнички	1. Да	2. Не
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
7.11	Лечен код неуропсихијатра амбулантно	1. Да	2. Не
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
7.12	Неуролошки статус	1. Уредан	2. Неуредан
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
7.13	Психички статус	1. Налаз уредан	2. Налаз неуредан
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
7.14	ЕЕГ	1. Уредан	2. Неуредан
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
7.15	Испитивање когнитивних функција	1. Да	2. Не
7.16	Поремећаји пажње	1. Да	2. Не
	Опис _____		
7.17	Закључак: На основу прегледа који сам извршио у обиму и на начин који омогућава оцену		

	способности за држање и ношење оружја сматрам да је _____ бр. л.к. _____ 1) способан/на, 2) неспособан/на
Потпис доктора медицине, специјалисте психијатрије / неуропсихијатрије _____	

8.0	ПРЕГЛЕД ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ, СПЕЦИЈАЛИСТЕ ОФТАЛМОЛОГИЈЕ		
8.1	Офталмолошка анамнеза _____		
8.2	Недостатак ока	1. Да	2. Не
8.3.0	Визус		
8.3.1	Визус OD	1. Одговара	2. Не одговара
	Шифра болести _____		
8.3.2	Визус OS	1. Одговара	2. Не одговара
	Шифра болести _____		
8.3.3	Визус OU	1. Одговара	2. Не одговара
	Шифра болести _____		
8.3.4	Могућа корекција	1. Да	2. Не
	Опис _____		
8.4	Стерео вид	1. Постоји	2. Не постоји
	Опис _____		
8.5	Дефекти на булбомоторима	1. Да	2. Не
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
8.6	Оштећења у прозирним срединама	1. Да	2. Не
	Шифра болести _____		
	Опис _____		

8.7.0	Фундус		
8.7.1	Фундус OD	1. Налаз уредан	2. Налаз неуредан
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
8.7.2	Фундус OS	1. Налаз уредан	2. Налаз неуредан
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
8.8.0	Видно поље	1. Задовољава	2. Не задовољава
8.8.1	Видно поље OD	1. Задовољава	2. Не задовољава
	Опис _____		
8.8.2	Видно поље OS	1. Задовољава	2. Не задовољава
	Опис _____		
8.9	Адаптација	1. Добра	2. Није добра
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
8.10.	Колорни вид	1. Задовољава	2. Не задовољава
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
8.11	Закључак: На основу прегледа који сам извршио у обиму и на начин који омогућава оцену способности за држање и ношење оружја сматрам да је _____ бр. л.к. _____ 1) способан/на, 2) неспособан/на		
Потпис доктора медицине, специјалисте офталмологије _____			

9.0	ДОПУНСКИ ПРЕГЛЕДИ	1. Да	2. Не
-----	-------------------	-------	-------

10.0	ПРЕГЛЕД ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ, СПЕЦИЈАЛИСТЕ		
10.1	Налаз обољења, стања, мане или повреде		
		1.Налаз уредан	2. Налаз неуредан
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
Потпис доктора медицине, специјалисте _____			

11.0	ПРЕГЛЕД ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ, СПЕЦИЈАЛИСТЕ		
11.1	Налаз обољења, стања, мане или повреде		
		1.Налаз уредан	2. Налаз неуредан
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
Потпис доктора медицине, специјалисте _____			

12.0	ПРЕГЛЕД ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ, СПЕЦИЈАЛИСТЕ		
12.1	Налаз обољења, стања, мане или повреде		
		1.Налаз уредан	2. Налаз неуредан
	Шифра болести _____		
	Опис _____		
Потпис доктора медицине, специјалисте _____			

13.0	ПРЕГЛЕД ЗДРАВСТВЕНОГ САРАДНИКА	
13.1	Налаз здравственог стања, опис поремећаја	
	1. Налаз уредан	2. Налаз неуредан
	Опис _____	
Потпис здравственог сарадника _____		

14.0	ЗАКЉУЧНО МИШЉЕЊЕ О ЗДРАВСТВЕНОЈ СПОСОБНОСТИ ЗА ДРЖАЊЕ И НОШЕЊЕ ОРУЖЈА		
14.1	Способан	1. Да	2. Не
14.2	Неспособан по мишљењу:		
	1. специјалисте медицине рада	2. психијатра / неуропсихијатра	3. офталмолога
14.3	Место, дан, месец и година прегледа		
14.4	Потпис директора здравствене установе		
14.5	Печат здравствене установе		