



# FORMULAR APLIKIMI

## VLERËSIMI MJEKËSOR PËR PËRCAKTIMIN E AFTËSISË SË KUFIZUAR FORMULARI I KONTROLLIT MJEKËSOR VJETOR



SHËRBIMI SOCIAL SHTETËROR  
MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE MBROJTJES SOCIALE

<b>Nëse keni pyetje, lutemi kontaktoni:</b> Tel: E-mail: Web:	HAPËSIRË E REZERVUAR VETËM PËR INSTITUCIONIN
<b>Shënim:</b> Ju lutem plotësoni me kujdes dhe qartë informacionin e kërkuar në fushat më poshtë, <b>ME SHKRONJË TË MADHE E NË NGJYRË BLU.</b>	

### SEKSIONI A: INFORMACION SPECIFIK MBI APLIKANTIN

<b>1. Emri</b>	<input type="text"/>	<b>2. Mbiemri</b>	<input type="text"/>
<b>3. Emri i Babait</b>	<input type="text"/>	<b>4. NID</b> <i>Nr. i identifikimit personal</i>	<input type="text"/>
<b>5. Gjinia</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mashkull</b> <input type="checkbox"/> <b>Femër</b>	<b>6. Datëlindja</b>	<input type="text"/>
<b>7. Vendlindja</b>	<input type="text"/>		<i>Data Muaji Viti</i>
<b>9. Adresa</b>	<input type="text"/>		
<b>10. Qyteti</b>	<input type="text"/>	<b>11. Rrethi</b>	<input type="text"/>
<b>12. Kodi Postar</b>	<input type="text"/>	<b>13. Nr. Tel</b>	<input type="text"/>
<b>14. E-mail</b>	<input type="text"/>	<b>15. Nr. Sig shëndetësor</b>	<input type="text"/>

### SEKSIONI A1: INFORMACION SPECIFIK MBI MJEKUN

<b>1. Emri</b>	<input type="text"/>	<b>2. Mbiemri</b>	<input type="text"/>
<b>3. Numri i licencës</b>	<input type="text"/>	<b>4. Specialiteti</b>	<input type="text"/>
<b>5. Adresa</b>	<input type="text"/>		
<b>6. Qyteti</b>	<input type="text"/>	<b>7. Rrethi</b>	<input type="text"/>
<b>8. Kodi Postar</b>	<input type="text"/>	<b>9. Nr. Tel</b>	<input type="text"/>
<b>10. E-mail</b>	<input type="text"/>		

### SEKSIONI B: INFORMACION SPECIFIK MBI APLIKIMIN

Plotësoni fushat e mëposhtme mbi aftësinë e kufizuar të pacientit tuaj me përgjegjësi. Informacioni do të përdoret si evidencë mjekësore për vazhdimin apo ndërprerjen e përfitimit të aftësisë së kufizuar.

**1. A është kjo hera e parë që ju e vizitoni pacientin për rekomandim të përfitimit të pagesës së aftësisë së kufizuar?**

Po  Jo

**2. Nëse "jo", për sa kohë e keni trajtuar pacientin?**

**3. Nëse "jo", sipas të dhënave tuaja, sa herë e keni vizituar pacientin në 12 muajt e fundit?**

**4. Cila është diagnoza kryesore e pacientit? Shënoni emërtimin për diagnozën që përkon me Udhëzuesin e Vlerësimit Bio-Psiko-Social.**

*Data e shfaqjes (Viti)*

5. A ka diagnoza të tjera (nëse janë të aplikueshme)? Shënoni emërtimin për diagnozën që përkon me emërtimin në Udhëzuesin e Vlerësimit Bio-Psiko-Social.

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

Data e shfaqjes (Viti)

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

Data e shfaqjes (Viti)

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

Data e shfaqjes (Viti)

6. Shënoni gjetjet klinike më kryesore si dhe rezultatet e çdo testi mjekësor dhe/ose analiza laboratorike të KRYERA NË TRE MUAJT E FUNDIT, duke përfshirë edhe këtë vizitë:

a.

b.

c.

d.

e.

7. Përshkruani çdo trajtim mjekësor të bërë në vitin e fundit dhe rezultatet e trajtimit:

Trajtimet

Rezultatet e trajtimit

8. Sipas opinionit tuaj, mendoni që gjendja e pacientit ka ndryshuar që prej vizitës së një viti më parë?

Po

Jo

9. A rekomandoni ri-vlerësim për përfitimin e aftësisë së kufizuar?

Po

Jo

10. Nëse po, shënoni arsyen/arsyet kryesore:

Ndryshime në shkallë e aftësisë së kufizuar

Ka nevojë për ndihmës personal

Ka nevojë për paketë higjenike

## SEKSIONI C: DOKUMENTACIONI I PARAQITUR

Bashkëngjisni të gjitha dokumentet/shënimet e duhura mjekësore, klinike dhe laboratorike që ju keni për pacientin dhe përdorni hapësirën më poshtë për çdo koment apo informacion shtesë që ju mendoni është i nevojshëm. Mos e plotësoni dhe firmosni formularin nëse këto dokumente/shënime mjekësore, klinike apo laboratorike mungojnë. Personi mund të humbasë përfitimin e aftësisë së kufizuar nëse këto dokumente mungojnë.

### KLAUZOLA DEKLARATIVE

Unë i/e nënshkruari/a \_\_\_\_\_ në dijeni të përgjegjësive penale që rrjedhin nga deklarimi dhe paraqitja e të dhënave e rrethanave të rreme, nën përgjegjësinë time personale deklaroj se të dhënat e paraqitura në këtë formular janë të vërteta dhe në respektim të ligjit Nr. 9887 "Për mbrojtjen e të dhënave personale" të ndryshuar, autorizoj me vullnetim tim të lirë institucionin, të përpunojë dhe të përdorë të dhënat e mia personale, për qëllime statistikore dhe të shqyrtimit të aplikimit.

*Njoftojmë se autorizimi i mëposhtëm është vullnetar.*

Autorizoj institucionin të përpunojë të dhënat e mia personale (emër, mbiemër, numër telefoni ose email) të mbledhura më sipër, me qëllim zhvillimin e sondazheve të automatizuara për marrjen e opinionit tim, në lidhje me cilësinë e ofrimit të shërbimit.

Nënshkrimi i mjekut

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

Data      Muaji      Viti