



centrelink

# 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 1206

## Privacy and your personal information

### Zaštita privatnosti i Vaši osobni podaci

Centrelink, Medicare Australia, Child Support and CRS Australia are services within the Australian Government Department of Human Services (Human Services).

Your personal information is protected by law, including the *Privacy Act 1988*. Your information is collected for Social Security, Family Assistance, Medicare, Child Support and CRS purposes. This information may be required by the powers provided within each services' legislation or voluntarily given by you when you apply for services or payments. Your information will be used for the assessment and administration of payments and services. Your information may also be used within the Human Services, where you have provided consent or it is required or authorised by law. Human Services may disclose your information to Commonwealth departments, other persons, bodies or agencies ONLY where you have provided consent or it is required or authorised by law.

You can get more information about Privacy by going to our website [humanservices.gov.au](http://humanservices.gov.au) or requesting a copy of the full privacy policy by contacting International Services.

Vaši osobni podaci zaštićeni su zakonom, uključujući i *Zakon o zaštiti osobnih podataka (Privacy Act) iz 1988. godine*. Vaši se podaci prikupljaju u svrhu ostvarivanja socijalne skrbi, obiteljske pomoći, zdravstvene skrbi, dječjeg doplatka i ostvarivanja rehabilitacijskih usluga (CRS). Ove podatke navedene službe mogu zahtijevati u okviru svojih zakonskih ovlaštenja ili ih možete dragovoljno dostaviti prilikom podnošenja molbe za pružanje usluga ili isplata. Vaši će se podaci koristiti za procjenu i administraciju isplata i usluga. Vaši podaci također mogu biti korišteni u okviru nadležnosti Ministarstva za humane usluge (Human Services) ako ste za to dali svoju suglasnost ili se to zahtijeva ili je odobreno prema zakonu. Ministarstvo za humane usluge (Human Services) može Vaše podatke otkriti odjelima Commonwealtha, drugim osobama, tijelima ili agencijama SAMO ako ste za to dali svoju suglasnost ili ako se to zahtijeva ili je odobreno prema zakonu.

Više informacija o zaštiti privatnosti možete pronaći na našem web-mjestu [humanservices.gov.au](http://humanservices.gov.au) ili možete zatražiti primjerak potpunog teksta pravila o zaštiti privatnosti od International Services.

## Authority to release information

### Odobrenje stranke za izdavanje informacija

- I authorise 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 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 Human Services of relevant information in this report to service providers to whom I may be referred by Human Services.
- I consent to any decision of Human Services to refer me for any further required assessment, upon the recommendation of the medical assessor.
- Ovim ovlašćujem Ministarstvo za humane usluge (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 Ministarstvo za humane usluge (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 Ministarstvo za humane usluge (Human Services) može otkriti relevantne informacije iz ovog izvješća pružateljima usluga kojima me Ministarstvo može uputiti.
- Ovim izražavam svoju suglasnost sa svakom odlukom Ministarstva za humane usluge (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

### O ovom izvješću

**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.

**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 priložima pacijentu da nam ga on vrati.

## About the information that you give us

### O informacijama koje nam date

### 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.

### 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.



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 trenutno 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  Usually compliant  Rarely compliant  Uncertain   
Strogo se pridržava Obično se pridržava Rijetko se pridržava 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, pomagalima, 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  Yes   
Ne 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  Yes   
Ne 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  Yes   
Ne 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  Yes   
Ne 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  Yes   
Ne 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  Yes   
Ne Da
- G** Can the patient use public transport without assistance?  
Može li pacijent koristiti javni prijevoz bez pomoći? No  Yes   
Ne 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  Yes   
Ne 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  Yes   
Ne Da
- J** Can the patient move around inside the home without assistance?  
Može li se pacijent kretati unutar kuće bez pomoći? No  Yes   
Ne 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  Yes   
Ne 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.


- 22** Provide any additional comments about this condition.  
Navedite dodatne komentare o ovom stanju.


**PART B – Conditions impacting spinal function**  
**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, stenoza kralježnice, cervikalnu spondiloza, 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?   
 No  **Go to PART C**  
 Ne  **Prijedite na DIO C**  
 Ima li pacijent stanje koje utječe na funkciju kralježnice?   
 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 trenutanih znanstvenih saznanja. Simptomi o kojima pacijent sam izvješćuje nisu dovoljni.

- 
- 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).


**25** The diagnosis is:  
Dijagnoza je:

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/procjene radi potvrđivanja dijagnoze?

No  Yes   
Ne 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.

 <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--

#### 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 trenutno 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).

 <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---

**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  **Go to 36**

Ne **Idite na pitanje broj 36**

Yes  Give details below

Da 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, pomagalicama, 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).

<b>A</b>	Is there any restriction of forward flexion of the thoracolumbar spine? Postoje li ograničenja pri savijanju torakolumbalne kralježnice prema naprijed?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	<b>Go to E</b> <b>Idite na E</b>
<b>B</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 <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>C</b>	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 <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>D</b>	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 <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>E</b>	Is there any restriction of thoracolumbar spine rotation? Postoje li ograničenja pri okretanju torakolumbalne kralježnice?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>F</b>	Is there any restriction of cervical spine rotation or extension? Postoje li ograničenja pri okretanju ili rastezanju cervikalne kralježnice?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	<b>Go to K</b> <b>Idite na K</b>
<b>G</b>	Can the patient perform any overhead activities? Može li pacijent obavljati bilo kakve aktivnosti iznad glave?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	<b>Go to G</b> <b>Idite na G</b>
<b>H</b>	Can the patient perform overhead activities without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća obavljati aktivnosti iznad glave?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>I</b>	Does the patient have some difficulty with overhead activities? Ima li pacijent određene poteškoće pri obavljanju aktivnosti iznad glave?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>J</b>	Can the patient sustain overhead activities? Može li pacijent izdržati bilo kakve aktivnosti iznad glave?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>K</b>	Is there restriction of some or all cervical spine movements? Postoji li ograničenje pri određenim ili pri svim kretanjama cervikalne kralježnice?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	<b>Go to P</b> <b>Idite na P</b>
<b>L</b>	Does the patient have some difficulty with cervical spine movements? Ima li pacijent određene poteškoće pri kretanjama cervikalne kralježnice?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	<b>Go to L</b> <b>Idite na L</b>
<b>M</b>	Does the patient have difficulty with cervical spine movements in all directions? Ima li pacijent poteškoće s kretanjama cervikalne kralježnice u svim smjerovima?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>N</b>	Is there complete loss of cervical spine rotation? Postoji li potpuni gubitak okretanja cervikalne kralježnice?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>O</b>	Is there complete loss of cervical spine forward flexion? Postoji li potpuni gubitak sagibanja cervikalne kralježnice prema naprijed?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>P</b>	Is the patient able to remain seated for more than 30 minutes? Može li pacijent sjediti dulje od 30 minuta?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	<b>Go to Q</b> <b>Idite na Q</b>
<b>Q</b>	Is the patient able to remain seated for more than 10 minutes? Može li pacijent sjediti dulje od 10 minuta?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	<b>Go to R</b> <b>Idite na R</b>
<b>R</b>	Is the patient able to get up out of a chair without assistance? Može li pacijent ustati sa stolice bez pomoći?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>S</b>	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 <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> 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  *Prijedite 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   
Manje od 3 mjeseca

3-24 months   
3-24 mjeseca

More than 24 months   
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

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  *Prijeđite 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.






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

No  ➔ *Go to next question*  
Ne  ➔ *Prijeđite 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  **Go to 58**

Ne **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

Usually compliant

Rarely compliant

Uncertain

Strogo se pridržava

Obično se pridržava

Rijetko se pridržava

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

Right

Lijevi

Desni

**61** Is the patient left or right dominant?

Je li pacijent ljevak ili dešnjak?

Left

Right

Ljevak

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, pomagalima, opremi ili pomoćnoj tehnologiji:

<b>A</b>	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 <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>B</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 <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>C</b>	Can the patient handle very small objects without difficulty (e.g. coins)? Može li pacijent bez poteškoća rukovati vrlo malim predmetima (npr. novčićima)?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>D</b>	Can the patient do up buttons without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća zakopčati dugmad?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>E</b>	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 <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>F</b>	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 <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>G</b>	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 <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>H</b>	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 <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	<b>Go to I</b> <b>Idite na I</b>
<b>I</b>	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 <input type="checkbox"/> Blag	Moderate <input type="checkbox"/> Umjeren	Severe <input type="checkbox"/> Težak
<b>J</b>	Can the patient use a standard keyboard without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća upotrebljavati standardnu tipkovnicu?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	<b>Go to P</b> <b>Idite na P</b>
<b>K</b>	Can the patient use a computer keyboard with appropriate adaptations without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća upotrebljavati tipkovnicu računala uz odgovarajuće prilagodbe?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	<b>Go to L</b> <b>Idite na L</b>
<b>L</b>	Can the patient unscrew a lid on a soft-drink bottle without difficulty? Može li pacijent bez poteškoća odvrnuti poklopac na boci pića?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>M</b>	Does the patient have an amputation rendering a hand or arm non-functional? Ima li pacijent amputaciju koja čini šaku ili ruku nefunkcionalnom?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>N</b>	Does the patient have limited movement or coordination in either their hands or arms severely limiting activities ( <b>Note:</b> Both hands or both arms)? Ima li pacijent ograničene kretnje ili koordinaciju u šakama ili rukama koje ozbiljno ograničavaju obavljanje aktivnosti ( <b>Napomena:</b> obje šake ili obje ruke)?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	
<b>O</b>	Does the patient use or wear any prosthesis or assistive device? Upotrebljava li ili nosi li pacijent neku protezu ili pomagalo?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	<b>Go to R</b> <b>Idite na R</b>
<b>P</b>	Is there any difficulty handling, moving or carrying most objects? Postoje li poteškoće pri rukovanju, pomicanju ili nošenju većine predmeta?	No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da	<b>Go to P</b> <b>Idite na P</b>
				<b>Go to R</b> <b>Idite na R</b>
				<b>Go to Q</b> <b>Idite na Q</b>

**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 učinkovitim 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  3-24 months  More than 24 months   
Manje od 3 mjeseca 3-24 mjeseca 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.  
Da


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.




## PART D – Conditions impacting lower limb function

### DIO D – Stanja koja utječu na funkciju donjih ekstremiteta

**PART D should be completed for conditions impacting lower limb function including but not limited to:** arthritis, paralysis or loss of strength or sensation resulting from stroke or other brain or nerve injury, cerebral palsy or other condition affecting lower limb coordination, inflammation or injury of the muscles or tendons, amputation and absence of whole or part of the lower limb.

**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?    No  **Go to PART E**  
Ima li pacijent stanje koje utječe na funkciju donjeg ekstremiteta?    Ne  **Prijedite na DIO E**  
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 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).


71 The diagnosis is:  
Dijagnoza je:

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/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 trenutno 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?  No **Go to 82**  
Planira li se bilo kakvo buduće liječenje navedenog stanja?  Ne **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:

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

- 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 učinkovitim 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
- 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  *Prijeđite 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


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.






**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 ( ) Area code ( ) Država ( ) Predbroj ( )
--

Date(s) the patient has consulted the psychiatrist.

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

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

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
/	/	/

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 ( ) Area code ( )  
Država ( ) Predbroj ( )

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

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina  
/ /

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina  
/ /

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  
/ /

Datum(i) posjeta pacijenta ovom zdravstvenom djelatniku.

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



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

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

Phone number

Broj telefona

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**

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

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

<b>3</b>	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  Usually compliant  Rarely compliant  Uncertain   
Strogo se pridržava Obično se pridržava Rijetko se pridržava Nije sigurno

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.  
Navedite pojedivosti 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 pojedivosti 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 pojedivosti 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.

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.




## PART F – Other medical conditions

### 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 41–47 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 41-47 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 izvješćuje 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).


**118** The diagnosis is:  
 Dijagnoza je:

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/procjene radi potvrđivanja dijagnoze?

No  Yes   
 Ne Da

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

Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina
/	/	

**120** 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
/	/	

**121** 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**

**122** What treatment is currently  
 being provided for this condition  
 (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 se liječenje navedenog  
 stanja trenutačno primjenjuje (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).


**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.

---

---

---

---

---

---

---

---

**124** Describe any adverse effects of treatment, including severity.

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).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**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  *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  **Go to 129**

Ne **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 trenutno 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 učinkovitim 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.


**135** Is this condition episodic or fluctuating?  
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.

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


---

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.


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


**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?

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

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

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
<b>1</b>		No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da
<b>2</b>		No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da
<b>3</b>		No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> Da
<b>4</b>		No <input type="checkbox"/> Ne	Yes <input type="checkbox"/> 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	Within 6 months	6–24 months	More than 24 months
	Trenutačna	U sljedećih 6 mjeseci	Tijekom 6-24 mjeseca	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**

Blank space for providing details for the 'Other' category.

**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

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

to

 :  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 print in BLOCK LETTERS or use stamp.

Podaci o liječniku i izjava

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 ( )	Area code ( )
Država	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**

**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.