

Na temelju članka 107. stavka 6. točke 1., 2., 3. i 4. Zakona o oružju (»Narodne novine«, broj 63/2007, 146/2008 i 59/2012), ministar zdravlja donosi

## **PRAVILNIK O ZDRAVSTVENIM PREGLEDIMA ZA UTVRĐIVANJE ZDRAVSTVENE SPOSOBNOSTI ZA DRŽANJE I NOŠENJE ORUŽJA**

(„Narodne novine“, broj 22/13)

### **I. OPĆE ODREDBE**

#### **Članak 1.**

(1) Ovim se Pravilnikom propisuju:

1. uvjeti koje moraju ispunjavati zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju djelatnost medicine rada i specijalisti medicine rada u privatnoj praksi za obavljanje zdravstvenih pregleda radi utvrđivanja zdravstvene sposobnosti za držanje i nošenje oružja,
2. način i postupak obavljanja zdravstvenih pregleda, popis bolesti i zdravstvenih stanja koja osobu čine nesposobnom za držanje i nošenje oružja,
3. način vođenja evidencije i medicinske dokumentacije i sadržaj uvjerenja o izvršenom zdravstvenom pregledu,
4. nadležnost, sastav i način rada drugostupanske zdravstvene komisije te postupanje povodom žalbi.

(2) Nadzor nad radom zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju djelatnost medicine rada i privatnih ordinacija medicine rada u kojima se utvrđuje zdravstvena sposobnost za držanje i nošenje oružja propisan je posebnim zakonom.

### **II. OVLAŠTENJE ZA ZDRAVSTVENE PREGLEDE KOJIM SE UTVRĐUJE ZDRAVSTVENA SPOSOBNOST ZA DRŽANJE I NOŠENJE ORUŽJA**

#### **Članak 2.**

(1) Ovlaštene zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju djelatnost medicine rada i privatne ordinacije medicine rada u kojima se utvrđuje zdravstvena sposobnost za držanje i nošenje oružja, obvezne su:

1. obavljati zdravstvenu djelatnost sukladno odredbama zakona kojim se regulira zdravstvena zaštita
2. ispunjavati uvjete u pogledu prostora i tehničke opremljenosti:
  - sanitarno-tehničke i higijenske uvjete sukladno posebnom propisu o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti,
  - uvjete u pogledu prostora, opreme i kadrova za specijalističku ordinaciju djelatnosti medicine rada sukladno posebnom propisu o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti,
  - prostor za čuvanje medicinske dokumentacije ili metalni ormar s ključem za

osobne kartone zdravstvenog pregleda kojim se utvrđuje zdravstvena sposobnost za držanje i nošenje oružja,

3. zapošljavati u redovnom radnom odnosu doktora medicine, specijalistu medicine rada

4. zapošljavati ili imati sklopljen ugovor o obavljanju poslova sa doktorom medicine, specijalistom psihijatrom ili neuropsihijatrom, doktorom medicine, specijalistom oftalmologom i psihologom.

(2) Doktori medicine, specijalisti iz stavka 1. točke 3. i 4. ovoga članka moraju imati važeće odobrenje za samostalni rad (licencu), a psiholog iz stavka 1. točke 4. ovoga članka mora imati važeću dopusnicu za obavljanje psihološke djelatnosti.

(3) Ministarstvo zdravlja (u daljnjem tekstu: Ministarstvo) ovlašćuje zdravstvene ustanove, trgovačka društva i privatne ordinacije medicine rada za obavljanje zdravstvenih pregleda kojima se utvrđuje zdravstvena sposobnost za držanje i nošenje oružja.

(4) Dokaze o ispunjavanju uvjeta iz ovoga članka treba priložiti Ministarstvu uz pisani zahtjev za izdavanje ovlaštenja iz stavka 3. ovoga članka.

(5) Ako postoji sumnja da su ovlaštene zdravstvene ustanove, trgovačka društva i/ili privatne ordinacije medicine rada prestali ispunjavati bilo koji od uvjeta na temelju kojih je ovlaštenje izdano, ili da su postupili suprotno odredbama ovoga Pravilnika, ministar zdravlja (u daljnjem tekstu: ministar) će imenovati povjerenstvo koje će utvrditi činjenično stanje. Na temelju nalaza povjerenstva, ministar može ukinuti izdano ovlaštenje iz stavka 3. ovoga članka.

### III. OBAVLJANJE ZDRAVSTVENIH PREGLEDA

#### Članak 3.

(1) Zdravstveni pregled kojim se utvrđuje zdravstvena sposobnost za držanje i nošenje oružja (u daljnjem tekstu: zdravstveni pregled) može biti:

– redovni zdravstveni pregled koji se obavlja radi izdavanja uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti za držanje i nošenje oružja,

– izvanredni zdravstveni pregled kojeg obavlja vlasnik oružja za kojeg se opravdano sumnja da više nije zdravstveno sposoban za držanje i nošenje oružja.

(2) Na izvanredni zdravstveni pregled vlasnika oružja rješenjem upućuje policijska uprava odnosno policijska postaja Ministarstva unutarnjih poslova (u daljnjem tekstu: nadležno tijelo) sukladno članku 45. Zakona o oružju.

(3) Osobi koja nije priložila rješenje iz stavka 2. ovoga članka i/ili je takav pregled obavljen bez znanja izabranog liječnika obiteljske/opće medicine (u daljnjem tekstu: izabrani liječnik) da je osoba upućena na izvanredni zdravstveni pregled, uvjerenje o zdravstvenoj sposobnosti za držanje i nošenje oružja smatrat će se nevažećim.

(4) Dostavljanjem rješenja o upućivanju na izvanredni zdravstveni pregled neće se moći prikriti podatak da postoji određena sumnja u zdravstvenu sposobnost osobe koja je posjednik oružja.

#### Članak 4.

(1) Prije početka zdravstvenog pregleda iz članka 3. stavka 1. ovoga Pravilnika, osoba koja će se pregledati mora prethodno pribaviti mišljenje svoga izabranog liječnika koje nije starije od 30 dana od dana početka zdravstvenog pregleda.

Izabrani liječnik izdaje mišljenje na obrascu čiji su izgled i sadržaj utvrđeni u Prilogu I. koji je otisnut uz ovaj Pravilnik i čini njegov sastavni dio.

(2) Prilikom zdravstvenih pregleda iz članka 3. stavka 1. ovoga Pravilnika, specijalist medicine rada mora zatražiti uvid u zdravstvenu dokumentaciju osobe na pregledu, a koja je pohranjena kod njegovog izabranog liječnika, drugih doktora medicine ili u drugim zdravstvenim ustanovama ili trgovačkim društvima.

(3) Izjavu o pristanku pristupu medicinskoj dokumentaciji kao i o pristanku na obavljanje probirnog testa na droge i testa na alkohol, osoba na pregledu potpisuje u karton zdravstvenog pregleda.

(4) Osoba koja ne potpiše izjavu iz stavka 3. ovoga članka ne može pristupiti zdravstvenom pregledu za držanje i nošenje oružja.

#### Članak 5.

Zdravstveni pregledi iz članka 3. ovoga Pravilnika obvezno obuhvaćaju:

- prethodno pribavljeno mišljenje izabranog liječnika,
- anamnestičke podatke,
- klinički pregled i pretrage:
  - antropometrijske podatke
  - klinički nalaz: kože i vidljivih sluznica, glave i vrata, prsnog koša i pluća, srčanožilnog sustava, trbuha i trbušnih organa, mokraćnog sustava, lokomotornog sustava i kralježnice,
  - orijentacijsko ispitivanje osjeta sluha i ravnoteže,
  - EKG u mirovanju,
  - laboratorijske pretrage (krvna slika, glukoza u krvi, urin),
  - probirni test na droge – kada to odrede specijalist medicine rada i/ili specijalist psihijatar/neuropsihijatar.
- oftalmološki pregled: anamneza, vanjski pregled oka i adneksa oka, palpaciju, pregled očne pozadine, ispitivanje vidnih sposobnosti (oštrine vida na daljinu i na blizinu, binokularnog vida, osjeta za boju, forije, fuzije, dubinskog i perifernog vida),
- psihijatrijski pregled: anamneza i psihički status,
- psihologijska obrada:
  - u prvom zdravstvenom pregledu obuhvaća: utvrđivanje kognitivnih sposobnosti i procjenu osobina ličnosti, s posebnim naglaskom na emocionalnu stabilnost i opću adaptiranost,
  - u kasnijim zdravstvenim pregledima obavlja se psihologijski intervju, osim ako psihologijsku obradu ne zatraže doktor medicine, specijalist medicine rada i/ili specijalist psihijatar.

#### Članak 6.

(1) Zdravstvene preglede iz članka 5. ovoga Pravilnika obavljaju: doktor medicine, specijalist medicine rada; doktor medicine, specijalist oftalmolog i doktor medicine, specijalist psihijatar ili neuropsihijatar te psiholog. Nakon liječničkog pregleda svaki od specijalista određene specijalnosti koji je sudjelovao u pregledu i psiholog koji je obavio psihologijsku obradu, daju ocjenu o zdravstvenoj sposobnosti za držanje i nošenje oružja (u daljnjem tekstu: ocjena zdravstvene sposobnosti).

(2) Uvjerenje o zdravstvenoj sposobnosti za držanje i nošenje oružja potpisuje doktor medicine, specijalist medicine rada u ovlaštenoj zdravstvenoj ustanovi, trgovačkom društvu ili privatnoj ordinaciji medicine rada.

#### Članak 7.

(1) Nalaze kliničkog pregleda i pretraga upisuje doktor medicine, specijalist medicine rada u karton zdravstvenog pregleda – zdravstvena sposobnost za držanje i nošenje oružja (u daljnjem tekstu: karton zdravstvenog pregleda).

(2) Doktor medicine, specijalist oftalmolog upisuje nalaz u poseban obrazac Oftalmološki pregled – zdravstvena sposobnost za držanje i nošenje oružja koji je sastavni dio kartona zdravstvenog pregleda.

(3) Doktor medicine, specijalist psihijatar ili neuropsihijatar upisuje nalaz u poseban obrazac Psihijatrijski pregled – zdravstvena sposobnost za držanje i nošenje oružja koji je sastavni dio kartona zdravstvenog pregleda.

(4) Psiholog upisuje nalaz u posebni obrazac Psihologijska obrada – zdravstvena sposobnost za držanje i nošenje oružja koji je sastavni dio kartona zdravstvenog pregleda.

(5) Nalaz – i proširene medicinske obrade – pregleda i pretraga upisuju se u poseban obrazac – Proširena medicinska obrada koji je sastavni dio kartona zdravstvenog pregleda.

#### Članak 8.

Ako je nužno u svrhu utvrđivanja dijagnostičkih i diferencijalno-dijagnostičkih odrednica, pregledana osoba može biti upućena na proširenu medicinsku obradu, preglede i pretrage u zdravstvene ustanove, trgovačka društva ili ordinaciju specijalista određene specijalnosti.

### IV. ZDRAVSTVENE ZAPREKE

#### Članak 9.

Za držanje i nošenje oružja sposobna je osoba za koju se zdravstvenim pregledima iz članka 5. ovoga Pravilnika utvrdi da je tjelesno i duševno zdrava, odnosno da nema zdravstvene zapreke (bolesti i bolesna stanja) koja ju čine zdravstveno nesposobnom za držanje i nošenje oružja.

## Članak 10.

Zdravstvenom zaprekom za držanje i nošenje oružja u zdravstvenim pregledima, smatraju se (bolesti i bolesna stanja navedena su prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti -10 i DSM-IV):

### a) Novotvorine

1. Primarne i sekundarne zloćudne novotvorine koje s obzirom na sijelo i/ili funkcionalnu aktivnost i/ili morfologiju i/ili ponašanje utječu na sigurno rukovanje oružjem,
2. Dobroćudne novotvorine koje s obzirom na sijelo i/ili funkcionalnu aktivnost utječu na sigurno rukovanje oružjem,
3. Novotvorine nesigurne i nepoznate prirode koje s obzirom na sijelo utječu na sigurno rukovanje oružjem.

b) Endokrine bolesti, bolesti prehrane i bolesti metabolizma koje zbog ne liječenja i/ili pratećih stanja i/ili komplikacija utječu na sigurno rukovanje oružjem.

### c) Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja

1. Organski i simptomatski duševni poremećaji (uzrokovani moždanom disfunkcijom) (demencija, organski amnestički sindrom, delirij i ostali duševni poremećaji izazvani oštećenjem mozga i fizičkom bolešću),
2. Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem psihoaktivnih tvari – osim u osoba sa stabilnom remisijom (kod poremećaja uzrokovanih alkoholom najmanje šest mjeseci, drogama najmanje 24 mjeseca, a kod poremećaja uzrokovanih ostalim psihoaktivnim tvarima najmanje 12 mjeseci), bez klinički značajnih smetnji ili oštećenja u socijalnom i radnom funkcioniranju,
3. Shizofrenija, shizotipni, sumanuti i ostali psihotični poremećaji,
4. Afektivni poremećaji (poremećaji raspoloženja) – osim blagih i slabije izraženih poremećaja koji ne utječu na sigurno rukovanje oružjem,
5. Neurotski poremećaji vezani uz stres i somatomorfni poremećaji, osim blagih i slabije izraženih poremećaja koji ne utječu na sigurno rukovanje oružjem,
6. Poremećaji ličnosti i ponašanja, osim blagih i slabije izraženih poremećaja koji ne utječu na sigurno rukovanje oružjem,
7. Duševna zaostalost.

d) Zapreke iz područja psihologije – intelektualna insuficijencija ispod graničnih vrijednosti, deficit specifičnih kognitivnih sposobnosti koje se očituju kao smetnje, smanjenje ili odsutnost pažnje i koncentracije, te poremećaji percepcije, mišljenja i pamćenja, psihomotorni i senzomotorni poremećaji koji se očituju kao senzomotorna usporenost i nekoordiniranost, smanjena vizualno-motorna koordinacija, izražene devijacije osobnosti (emocionalna i socijalna nezrelost, neprilagođeno ponašanje, anksioznost, agresivnost).

### e) Bolesti živčanog sustava

1. Posljedice upalnih bolesti središnjeg živčanog sustava koje utječu na sigurno rukovanje oružjem,
2. Sistemne atrofije koje prije svega zahvaćaju središnji živčani sustav,
3. Ekstrapiramidni poremećaji i poremećaji kretnji, osim blagih i slabije izraženih

poremećaja koji ne utječu na sigurno rukovanje oružjem,

4. Alzheimerova bolest i druge degenerativne bolesti i poremećaji živčanog sustava,

5. Multipla skleroza i ostale demijelinizirajuće bolesti središnjeg živčanog sustava,

6. Epilepsija i status epilepticus, osim epilepsije u medicinski kontroliranim slučajevima u kojima se napadaji ne pojavljuju najmanje 18 mjeseci bez antiepileptičke terapije ili s kontinuiranom antiepileptičkom terapijom održavanja bez nuspojava koje mogu umanjiti psihofizičke sposobnosti za sigurno rukovanje oružjem (uz konzilijarno mišljenje neurologa-epileptologa),

7. Teški oblici migrene i kroničnih glavobolja koji utječu na sigurno rukovanje oružjem,

8. Prolazni cerebralni ishemijski napadaji i sindromi u vezi s njima,

9. Vaskularni sindrom mozga kod cerebrovaskularnih bolesti,

10. Poremećaji spavanja (arkolepsija i katalapsija) ukoliko su refrakterni na liječenje,

11. Poremećaji živaca, živčanih korijena i pleksusa koji utječu na sigurno rukovanje oružjem,

12. Polineuropatije i ostali poremećaji perifernoga živčanog sustava koji utječu na sigurno rukovanje oružjem,

13. Bolesti mioneuralne veze i mišića koji utječu na sigurno rukovanje oružjem,

14. Cerebralna paraliza i ostali paralitični sindromi, osim paralitičnih sindroma koji ne utječu na sigurno rukovanje oružjem,

15. Ostali poremećaji živčanog sustava koji utječu na sigurno rukovanje oružjem.

f) Vidne sposobnosti, bolesti oka i očnih adneksa

1. Oštrina vida oba oka, sa ili bez korekcije, manja od 0,8 u zbroju, uz uvjet da jedno oko ima oštrinu vida najmanje 0,5. Ako osoba ima samo jedno oko, oštrina vida tog oka, sa ili bez korekcije mora biti najmanje 0,7,

2. Prirođene ili stečene bolesti, stanja i funkcionalna odstupanja oka i adneksa oka koja utječu na sigurno rukovanje oružjem.

g) Bolesti uha i mastoidnog nastavka

1. Poremećaji vestibularne funkcije, vertiginozni sindrom,

2. Ostale bolesti uha i mastoidnog nastavka koja utječu na sigurno rukovanje oružjem.

h) Bolesti cirkulacijskog sustava (bolesti srca i ostale bolesti cirkulacijskog sustava) prirodene ili stečene, stanja i funkcionalna odstupanja koja utječu na sigurno rukovanje oružjem.

i) Bolesti dišnog sustava, stanja i funkcionalna odstupanja koja utječu na sigurno rukovanje oružjem.

j) Bolesti probavnog sustava, stanja i funkcionalna odstupanja koja utječu na sigurno rukovanje oružjem.

k) Bolesti kože i potkožnog tkiva, prirodene, poremećaji i/ili stanja koja utječu na sigurno rukovanje oružjem.

l) Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva, prirodene (malformaciji i deformacije) ili stečene, stanja i funkcionalna odstupanja koja utječu na sigurno

rukovanje oružjem.

m) Bolesti genitourinarnog sustava, prirodene ili stečene, te poremećaji koji utječu na sigurno rukovanje oružjem.

n) Ostale bolesti, prirodene malformaciji i deformacije, simptomi, abnormalni klinički nalazi, posljedice ozljeda, otrovanja i ostalih vanjskih uzroka koje utječu na sigurno rukovanje oružjem.

o) Namjerno samoozljeđivanje.

p) Nasilničko ponašanje.

## V. OCJENA ZDRAVSTVENE SPOSOBNOSTI

### Članak 11.

(1) Ocjena zdravstvene sposobnosti donosi se najkasnije u roku od 5 dana od početka zdravstvenog pregleda iz članka 3. ovoga Pravilnika, a najkasnije u roku od 15 dana ako je potrebna proširena medicinska obrada.

(2) Rokovi navedeni u stavku 1. ovoga članka ne odnose se na izvanredni zdravstveni pregled. Ocjena zdravstvene sposobnosti na izvanrednom zdravstvenom pregledu donosi se najkasnije u roku od 5 dana od početka zdravstvenog pregleda uz pridržavanje rokova navedenih u posebnom propisu kojim se regulira upućivanje na izvanredni zdravstveni pregled.

### Članak 12.

(1) Ocjena zdravstvene sposobnosti može biti:

1. sposoban – ako su svi specijalisti određene specijalnosti i psiholog koji su sudjelovali u zdravstvenom pregledu dali ocjenu: zdravstveno sposoban za držanje i nošenje oružja,

2. nesposoban – ako i jedan od specijalista određene specijalnosti ili psiholog koji je sudjelovao u zdravstvenom pregledu dao ocjenu: zdravstveno nesposoban za držanje i nošenje oružja.

(2) Kod ocjene zdravstvene sposobnosti »sposoban« ili »nesposoban« na uvjerenju o zdravstvenoj sposobnosti obvezno se navodi broj rješenja na temelju kojega je osoba upućena na izvanredni zdravstveni pregled.

(3) Kod ocjene zdravstvene sposobnosti »nesposoban«, u kartonu zdravstvenog pregleda obvezno se navodi članak i točka ovoga Pravilnika na temelju koje je dana ocjena, te šifra prema 10. Međunarodnoj klasifikaciji bolesti.

(4) O ocjeni zdravstvene sposobnosti izvješćuje se:

1. pregledana osoba,

2. Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu za one osobe koje su upućene na zdravstveni pregled na temelju članka 45., 67., 70., 72., 72.a, 73., 79. i 81.a Zakona o oružju,

3. nadležno tijelo ako je ocjena zdravstvene sposobnosti »nesposoban« i/ili ako je uputilo vlasnika oružja na izvanredni zdravstveni pregled.

(5) Kod ocjene zdravstvene sposobnosti »nesposoban«, ponovni zdravstveni pregled nije moguć prije isteka roka od šest mjeseci.

## VI. MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

### Članak 13.

- (1) Ocjena zdravstvene sposobnosti upisuje se u Uvjerenje o zdravstvenoj sposobnosti za držanje i nošenje oružja (u daljnjem tekstu: Uvjerenje) koje izdaje ovlaštena zdravstvena ustanova, trgovačko društvo ili privatna ordinacija medicine rada.
- (2) Izgled i sadržaj Uvjerenja iz stavka 1. ovoga članka utvrđeni su u Prilogu II. koji je otisnut uz ovaj Pravilnik i čini njegov sastavni dio.
- (3) Uvjerenje iz stavka 1. i 2. ovoga članka izdaje se s rokom važenja od pet godina.

### Članak 14.

- (1) U ovlaštenoj zdravstvenoj ustanovi, trgovačkom društvu i/ili privatnoj ordinaciji medicine rada vodi se upisnik obavljenih zdravstvenih pregleda i pohranjuju kartoni zdravstvenih pregleda.
- (2) Izgled i sadržaj kartona zdravstvenog pregleda iz stavka 1. ovoga članka utvrđeni su u Prilogu III. koji je otisnut uz ovaj Pravilnik i čini njegov sastavni dio.
- (3) Ovjeren preslik Uvjerenja iz članka 13. ovoga Pravilnika pohranjuje se u Kartonu zdravstvenog pregleda iz stavka 1. ovoga članka.

### Članak 15.

- (1) Medicinsku dokumentaciju iz članka 14. ovoga Pravilnika, kao i svu ostalu dokumentaciju na temelju koje je dana ocjena iz članka 12. ovoga Pravilnika, ovlaštena zdravstvena ustanova, trgovačko društvo i privatna ordinacija medicine rada obvezni su čuvati sukladno odredbama posebnoga zakona kojim se propisuje čuvanje arhivskog i registraturnog gradiva.
- (2) Ako je ovlaštenoj zdravstvenoj ustanovi, trgovačkom društvu ili privatnoj ordinaciji medicine rada na temelju članka 2. stavka 5. ovoga Pravilnika oduzeto ovlaštenje za obavljanje zdravstvenih pregleda radi utvrđivanja zdravstvene sposobnosti za držanje i nošenje oružja, ista je obvezna svu medicinsku dokumentaciju o obavljenim zdravstvenim pregledima dostaviti Drugostupanjskoj zdravstvenoj komisiji koja je obvezna čuvati sukladno odredbama zakona kojim se regulira čuvanje arhivskog i registraturnog gradiva i provedbenim propisima, odnosno predati zdravstvenoj ustanovi, trgovačkom društvu ili privatnoj ordinaciji koja će preuzeti poslove zdravstvenih pregleda.

## VII. DRUGOSTUPANJSKA ZDRAVSTVENA KOMISIJA

### Članak 16.

- (1) Fizička osoba ili nadležno tijelo koje nije zadovoljno izdanim Uvjerenjem o zdravstvenoj sposobnosti za držanje i nošenje oružja, može izjaviti žalbu u roku od 15 dana od dana primitka Uvjerenja drugostupanjskoj zdravstvenoj komisiji, koju



imenjuje ministar.

(2) Ministar imenuje predsjednika, zamjenika predsjednika, članove i zamjenike članova drugostupanjske zdravstvene komisije. Predsjednik i zamjenik predsjednika su doktori medicine, specijalisti medicine rada, a članovi i zamjenici članova doktori medicine, specijalisti medicine rada; doktori medicine, specijalisti oftalmolozi; doktori medicine, specijalisti psihijatri ili neuropsihijatri i psiholozi, profesori psihologije ili diplomirani psiholozi.

(3) U radu drugostupanjske zdravstvene komisije i davanju ocjene zdravstvene sposobnosti ne mogu sudjelovati doktori medicine, specijalisti određene specijalnosti i psiholozi koji su sudjelovali u zdravstvenom pregledu i dali ocjenu zdravstvene sposobnosti u slučaju u kojem je podnesena žalba.

(4) U žalbenom postupku drugostupanjska zdravstvena komisija obvezna je dati ocjenu zdravstvene sposobnosti u roku od 30 dana od primitka zahtjeva.

(5) Drugostupanjska zdravstvena komisija zasjeda i vodi žalbeni postupak u sjedištu kojeg rješenjem određuje ministar.

(6) U sjedištu drugostupanjske zdravstvene komisije vodi se upisnik obavljenih zdravstvenih pregleda i pohranjuju se kartoni zdravstvenih pregleda u žalbenom postupku.

(7) Ocjena zdravstvene sposobnosti drugostupanjske zdravstvene komisije je konačna.

(8) Ocjena zdravstvene sposobnosti u žalbenom postupku može biti:

1. sposoban – ako su svi članovi drugostupanjske zdravstvene komisije dali ocjenu: zdravstveno sposoban za držanje i nošenje oružja,

2. nesposoban – ako je i jedan od članova drugostupanjske zdravstvene komisije dao ocjenu: zdravstveno nesposoban za držanje i nošenje oružja.

(9) O ocjeni zdravstvene sposobnosti drugostupanjske zdravstvene komisije izvješćuje se:

1. pregledana osoba,

2. nadležno tijelo i Ministarstvo unutarnjih poslova,

3. ovlaštena zdravstvena ustanova, trgovačko društvo ili privatna ordinacija medicine rada u kojoj je pregledanom dana ocjena zdravstvene sposobnosti na koju je izjavljena žalba.

(10) Ovjeren preslik uvjerenja s ocjenom zdravstvene sposobnosti drugostupanjske zdravstvene komisije pohranjuje se u kartonu zdravstvenog pregleda osobe u žalbenom postupku.

## Članak 17.

(1) Drugostupanjska zdravstvena komisija može:

– dati ocjenu zdravstvene sposobnosti bez ponovnog zdravstvenog pregleda, samo na osnovi medicinske dokumentacije, ili

– pozvati na pregled osobu na čije je uvjerenje izjavljena žalba i uputiti je na pregled kod specijaliste određene specijalnosti.

(2) U slučaju pozivanja na pregled, obim pregleda i pretraga određuje drugostupanjska zdravstvena komisija.

#### Članak 18.

- (1) Drugostupanjskoj zdravstvenoj komisiji mora biti dostupna medicinska dokumentacija o prethodnim zdravstvenim pregledima osobe na čije je uvjerenje izjavljena žalba, a po potrebi i sva ostala medicinska dokumentacija.
- (2) Ako je nužno u svrhu utvrđivanja dijagnostičkih i diferencijalno-dijagnostičkih odrednica, osoba na čije je uvjerenje izjavljena žalba može biti upućena na proširenu medicinsku obradu, preglede i pretrage u zdravstvene ustanove ili trgovačka društva ili na pregled kod određenog doktora medicine, specijalista.
- (3) Medicinska i sva ostala dokumentacija, na temelju koje je dana ocjena zdravstvene sposobnosti iz članka 16. ovoga Pravilnika, drugostupanjska zdravstvena komisija obvezna je čuvati sukladno odredbama posebnoga zakona kojim se propisuje čuvanje arhivskog i registraturnog gradiva.

### VII. PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

#### Članak 19.

- (1) Troškove zdravstvenog pregleda vlasnika oružja koji je na zdravstvenom pregledu na drugostupanjskoj zdravstvenoj komisiji proglašen zdravstveno sposoban za držanje i nošenje oružja snosi nadležno tijelo.
- (2) Vlasnik oružja iz stavka 1. ovoga članka za kojeg se na zdravstvenom pregledu na drugostupanjskoj zdravstvenoj komisiji utvrdi da nije zdravstveno sposoban za držanje i nošenje oružja, sam snosi troškove izvanrednog zdravstvenog pregleda.

#### Članak 20.

Odredbe članka 5. stavka 1. podstavka 3. ovoga Pravilnika koje se odnose na probirni test na droge, primjenjuju se nakon donošenja provedbenog propisa koji se odnosi na testiranje na droge, alkohol i ostala sredstva ovisnosti u Republici Hrvatskoj.

#### Članak 21.

Danom stupanja na snagu ovoga Pravilnika prestaje važiti Pravilnik o zdravstvenim pregledima za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti za držanje ili držanje i nošenje oružja (»Narodne novine«, broj 79/1992).

#### Članak 22.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu osmoga dana od dana objave u »Narodnim novinama«.

#### PRILOG I.

### MIŠLJENJE IZABRANOG LIJEČNIKA

## OBITELJSKE/OPĆE MEDICINE

ZDRAVSTVENA USTANOVA- TRGOVAČKO DRUŠTVO  
-ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE (Pečat)

Šifra zdravstvene ustanove – trgovačkog društva

ordinacije privatne prakse: / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

Ime i prezime izabranog liječnika: \_\_\_\_\_

Šifra izabranog liječnika: / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

### MIŠLJENJE IZABRANOG LIJEČNIKA OBITELJSKE/OPĆE MEDICINE

Na temelju članka 11. stavka 2. Zakona o oružju (»Narodne novine«, broj 63/07, 146/08 i 59/12), a na traženje:

Ime, prezime: \_\_\_\_\_ Ime oca/majke: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: / \_ / \_ / \_ / \_ /

OIB / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

Prebivalište i adresa stanovanja: \_\_\_\_\_

izdaje se ovo mišljenje radi zdravstvenog pregleda u ovlaštenoj zdravstvenoj ustanovi ili ordinaciji kojim se utvrđuje zdravstvena sposobnost za držanje i nošenje oružja.

Navedenoj osobi izabrani sam liječnik obiteljske/opće medicine od (godina): \_\_\_\_\_ godine.

Uvidom u zdravstveni karton i priležecu medicinsku dokumentaciju navedene osobe, koji se nalazi u ovoj ordinaciji, osoba je bolovala od sljedećih bolesti i zdravstvenih problema (godina, dijagnoza, dužina bolovanja ili liječenja, korištenje lijekova ako ih je morala duže vremena redovito uzimati i eventualne trajne posljedice) sukladno dolje navedenim – upisano na poledini.

I. Zarazne i parazitarne bolesti zbog kojih je bolovanje ili liječenje trajalo duže od 21 dan (A00-B99);

II. Zloćudne novotvorine (C00-C97) i dobroćudne novotvorine moždanih ovojnica (meningi), mozga i ostalih dijelova središnjeg živčanog sustava (D32-D33);

III. Bolesti krvi i krvotvornog sustava te određene bolesti imunološkog sustava

(koje su zahtjevale liječenje) (D50-D89);  
IV. Endokrine bolesti (E00-E35);  
V. Psihički poremećaji i poremećaji ponašanja (F00-F99);  
VI. Upalne bolesti središnjeg živčanog sustava (G00-G99);  
VII. Bolesti oka i očnih adneksa (kronične bolesti oka s bitnim oštećenjem vidnih funkcija i druge kronične progresivne bolesti oka) (H00-H59);  
VIII. Bolesti uha i mastoidnog nastavka (bolesti unutrašnjeg uha, gubitak sluha i druge bolesti koje su zahtjevale operativni zahvat i/ili dugotrajno liječenje) (H60-H95);  
IX. Bolesti cirkulacijskog sustava (I00-I99);  
X. Bolesti dišnog sustava (kronične ili s teškom respiratornom insuficijencijom) (J00-J99);  
XI. Bolesti probavnog sustava (kronične) (K00-K93);  
XII. Bolesti kože i potkožnog tkiva (kronične) (L00-L99);  
XIII. Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva (kronične, stečene deformacije, osteoporoza) (M00-M99);  
XIV. Bolesti genitourinarnog sustava (kronične bolesti bubrega, bubrežna insuficijencija, bubrežni kamenci) (N00-N99);  
XV. Prirođene malformacije, deformiteti i kromosomske abnormalnosti (Q00-Q99);  
XVI. Simptomi i znakovi koji se odnose na cirkulacijski i dišni sustav (R00-R09), živčani i mišićno-koštani sustav (R25-R29), spoznaju, percepciju, duševno stanje i ponašanje (R40-R46), opći simptomi i znakovi (R50-R69);  
XVII. Ozljeđe glave (S00-S09), ozljeđe ručnog zgloba i šake (S60-S69);  
XVIII. Namjerno samoozljeđivanje (X60-X84), napad (nasrtaj) (X85-Y09).  
Ovo mišljenje se izdaje radi zdravstvenog pregleda u ovlaštenoj zdravstvenoj ustanovi, trgovačkom društvu ili ordinaciji kojim se utvrđuje zdravstvena sposobnost za držanje i nošenje oružja.

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ g. \_\_\_\_\_  
(potpis i faksimil izabranog liječnika  
obiteljske/opće medicine)

PRILOG II.

## **UVJERENJE O ZDRAVSTVENOJ SPOSOBNOSTI ZA DRŽANJE I NOŠENJE ORUŽJA**

(Ovlaštena zdravstvena ustanova, trgovačko društvo ili ordinacija – za obavljanje zdravstvenih pregleda radi utvrđivanja zdravstvene sposobnosti za držanje i nošenje oružja)

Matični broj:

Broj:

Datum (dan/mjesec/godina): / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Mjesto pregleda:

Vrsta zdravstvenog pregleda: ☐ izdavanja Uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti za držanje i nošenje oružja

☐ izvanredni zdravstveni pregled, broj rješenja nadležnog tijela

\_\_\_\_\_

Na temelju članka 11. stavka 2. Zakona o oružju (»Narodne novine«, broj 63/07, 146/08 i 59/12) i članka 6. Pravilnika o zdravstvenim pregledima za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti za držanje i nošenje oružja izdaje se

**UVJERENJE  
O ZDRAVSTVENOJ SPOSOBNOSTI ZA DRŽANJE I NOŠENJE ORUŽJA**

Ime, prezime: \_\_\_\_\_ Ime oca/majke: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

OIB / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

Mjesto i država rođenja: \_\_\_\_\_

Prebivalište i adresa stanovanja: \_\_\_\_\_

Na temelju mišljenja izabranog liječnika obiteljske/opće medicine, osobne izjave pregledane osobe, kliničkog pregleda i pretraga, oftalmološkog pregleda, psihijatrijskog pregleda i psihologijske obrade pregledana osoba je zdravstveno

**SPOSOBNA – NESPOSOBNA**  
za držanje i nošenje oružja

Uvjerenje se izdaje u svrhu: [1], [2], [3] \_\_\_\_\_  
s rokom važenja od pet godina.

Datum isteka važenja uvjerenja (dan/mjesec/godina): / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Pregledana osoba ili nadležno tijelo koje nije zadovoljno izdanim uvjerenjem o zdravstvenoj sposobnosti za držanje i nošenje oružja, može izjaviti žalbu u roku od 15 dana od dana primitka uvjerenja Drugostupanjskoj zdravstvenoj komisiji, Zagreb, (adresa sjedišta)

Potpis i faksimil doktora medicine,  
specijalista medicine rada  
M.P.

PRILOG III.

**KARTON ZDRAVSTVENOG PREGLEDA – ZDRAVSTVENA  
SPOSOBNOST ZA DRŽANJE I NOŠENJE ORUŽJA**

(Ovlaštena zdravstvena ustanova, trgovačko društvo ili ordinacija – za obavljanje  
zdravstvenih pregleda radi utvrđivanja zdravstvene sposobnosti za držanje i  
nošenje oružja)

Matični broj:

Broj:

Datum upisa (dan/mjesec/godina): / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Mjesto pregleda:

|                              |                          |                                                                                                        |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vrsta zdravstvenog pregleda: | <input type="checkbox"/> | izdavanja Uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti za držanje i nošenje oružja                             |
|                              | <input type="checkbox"/> | Prvi puta Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>                                      |
|                              | <input type="checkbox"/> | izvanredni zdravstveni pregled                                                                         |
|                              |                          | broj                      rješenja                      nadležnog                      tijela<br>_____ |

**KARTON ZDRAVSTVENOG PREGLEDA**

**ZDRAVSTVENA SPOSOBNOST ZA DRŽANJE I NOŠENJE ORUŽJA**

Ime, prezime: \_\_\_\_\_ Ime oca/majke: \_\_\_\_\_

Spol: ☐ muški ☐ ženski Državljanstvo: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

OIB / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

Mjesto i država rođenja: \_\_\_\_\_ Telefon ili GSM: \_\_\_\_\_

Prebivalište i adresa stanovanja: \_\_\_\_\_

Bračno stanje: \_\_\_\_\_ Zanimanje: \_\_\_\_\_

Posao koji obavlja: \_\_\_\_\_

Zaposlen ☐ kod: \_\_\_\_\_ Nezaposlen ☐

Umirovljenik ☐ starosna mirovina ☐ invalidska mirovina ☐

Istovjetnost osobe utvrđena je na temelju osobne iskaznice/putovnice (podcrtaj jednu od navedenih isprava) broj: \_\_\_\_\_ izdane u: \_\_\_\_\_

### OSOBNANAMNEZA I IZJAVA OSOBE NA PREGLEDU

Da li ste ikada imali ikoji od navedenih zdravstvenih poremećaja (bolesti) ili od njih bili liječeni ?

| Zdravstveni problem |                                 | Da                       | Ne                       |
|---------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.                  | Problemi s očima ili vidom      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.                  | Problemi sa sluhom              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.                  | Problemi održavanja ravnoteže   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.                  | Povišeni krvni tlak             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.                  | Bolesti srca i krvnih žila      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.                  | Astma ili kronični bronhitis    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.                  | Bolesti krvi                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.                  | Šećerna bolest                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.                  | Bolesti štitnjače               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.                 | Bolesti probavnog sustava       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.                 | Bolesti bubrega ili krv u urinu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|     |                                                                    |                          |                          |
|-----|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. | Kožne bolesti                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Alergije                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Novotvorine (tumori)                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Operacije                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Migrene/Učestale i jake glavobolje                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Gubitak svijesti iz bilo kojeg razloga                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Vrtoglavice ili omaglice                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. | Neurološki poremećaji/epilepsija moždani udar/drugo                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. | Bolesti mišićno-koštanog sustava koji zahtijevaju uporabu lijekova | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. | Ozljede glave/druge ozljede                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. | Duševni poremećaji                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. | Pokušaj samoubojstva                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. | Poremećaji pamćenja                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. | Problemi sa spavanjem                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. | Zlouporaba alkohola/droga/lijekova                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. | Prijam u bolnicu                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ako je odgovor na neko od prethodnih pitanja bio »Da«, upisati detalje (ako nema dovoljno prostora, podatke napisati na poseban list papira, po potrebi priložiti preslike medicinske i druge dokumentacije).

| <b>Dodatna pitanja:</b> |                                                                                                                                                    | <b>Da</b>                | <b>Ne</b>                |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 28.                     | Da li ste ikada liječeni u bolnici?                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29.                     | Da li ste ikada proglašeni zdravstveno nesposobnim za držanje i nošenje oružja (Uvjerenje o zdravstvenoj sposobnosti za držanje i nošenje oružja)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30.                     | Da li ste ikada upućeni na izvanredni zdravstveni pregled zbog opravdane sumnje da više niste zdravstveno sposobni za držanje i nošenje oružja?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|                                                                                                                                   |                                                                                       |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31.                                                                                                                               | Da li već imate oružani list za držanje ili oružani list za držanje i nošenje oružja? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32.                                                                                                                               | Da li znate da imate ikakvih medicinskih problema, bolesti ili bolesnih stanja?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33.                                                                                                                               | Da li ste odslužili vojsku ili bili sudionik Domovinskog rata?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Napomena:</i>                                                                                                                  |                                                                                       |                          |                          |
|                                                                                                                                   |                                                                                       | <b>Da</b>                | <b>Ne</b>                |
| 34.                                                                                                                               | Da li trenutno ili povremeno uzimate ikakve prepisane ili neprepisane lijekove?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                   | Ako da, navedite koje lijekove, svrhu i doziranje:                                    |                          |                          |
|                                                                                                                                   |                                                                                       |                          |                          |
| <b>Da li je netko u Vašoj obitelji bolovao ili je liječen od:</b>                                                                 |                                                                                       | <b>Da</b>                | <b>Ne</b>                |
| Šećerne bolesti                                                                                                                   |                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja uzrokovanih uzimanjem psihoaktivnih tvari (alkohol, droga i ostale psihoaktivne tvari) |                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duševnih bolesti                                                                                                                  |                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Drugih bolesti                                                                                                                    |                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Izabrani liječnik obiteljske/opće medicine:

Ime, prezime: \_\_\_\_\_

Adresa ordinacije: \_\_\_\_\_

Ja dolje potpisani potvrđujem da je moja navedena osobna izjava istinita, za to snosim moralnu, materijalnu i kaznenu odgovornost, i suglasan sam da se sva moja medicinska dokumentacija koja se nalazi kod izabranog liječnika obiteljske/opće medicine, drugih doktora medicine ili u drugim zdravstvenim ustanovama na traženje dostavi:

\_\_\_\_\_, dr. med., specijalist medicine rada.

Izjavljujem da nisam uzimao i da ne uzimam droge i pristajem na obavljanje probirnog testa na droge.

Potpis osobe na pregledu: \_\_\_\_\_

## KLINIČKI PREGLED

### MJERENJA:

Visina \_\_\_\_\_ cm Težina \_\_\_\_\_ kg BMI \_\_\_\_\_

Dinamometrija šaka (na traženje): D \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_

### KLINIČKI NALAZ:

Koža i vidljive sluznice: \_\_\_\_\_

Glava i vrat: \_\_\_\_\_

Prsni koš: \_\_\_\_\_

Pluća: \_\_\_\_\_

Srce i krvne žile: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Puls: \_\_\_\_\_ /min Krvni tlak: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

Trbuh i trbušni organi: \_\_\_\_\_

Urogenitalni sustav: \_\_\_\_\_

Kralježnica: \_\_\_\_\_

Muskulatura: \_\_\_\_\_

Udovi: \_\_\_\_\_

Neurološki: \_\_\_\_\_

Napomena: Ako nema dovoljno prostora – detaljan opis nalaza napisati na poseban list papira.

### FUNKCIONALNE PRETRAGE

Orijentacijsko ispitivanje sluha i ravnoteže: \_\_\_\_\_

EKG: \_\_\_\_\_

OSTALI NALAZI:

Laboratorij: E: \_\_\_\_\_ x1012/L L: \_\_\_\_\_ x109/L Hematokrit \_\_\_\_\_ Glukoza u krvi: \_\_\_\_\_ mmol/L

Urin: \_\_\_\_\_

OSTALI PREGLEDI I PRETRAGE:

(Nakon uvida u originalnu medicinsku dokumentaciju, potrebne preslike uložiti u karton zdravstvenog pregleda)

OCJENA ZDRAVSTVENE SPOSOBNOSTI:

Potpis i faksimil doktora medicine,  
specijalista medicine rada

OCJENA ZDRAVSTVENE SPOSOBNOSTI ZA DRŽANJE I NOŠENJE  
ORUŽJA:

DR. MED., SPECIJALIST MEDICINE RADA: \_\_\_\_\_

DR. MED., SPECIJALIST OFTALMOLOG: \_\_\_\_\_

DR. MED., SPECIJALIST PSIHIJATAR/NEUROPSIHIJATAR: \_\_\_\_\_

PSIHOLOG: \_\_\_\_\_

(sposoban, nesposoban) (potpis, faksimil)

OCJENA ZDRAVSTVENE SPOSOBNOSTI ZA DRŽANJE I NOŠENJE  
ORUŽJA

Temeljem mišljenja izabranog liječnika obiteljske/opće medicine, osobne izjave pregledane osobe, kliničkog pregleda i pretraga, oftalmološkog pregleda, psihijatrijskog pregleda i psihologijske obrade pregledana osoba je zdravstveno

SPOSOBNA – NESPOSOBNA

Nesposoban: Članak \_\_\_\_\_ točka: \_\_\_\_\_ Pravilnika o zdravstvenim pregledima za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti za držanje i nošenje oružja

Šifra prema MKB-10: \_\_\_\_\_

Datum ocjene zdravstvene sposobnosti (dan/mjesec/godina): / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Uvjerenje se izdaje s rokom važenja od pet godina.

Datum isteka važenja uvjerenja (dan/mjesec/godina): / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Potpis i faksimil specijalista medicine rada

Upoznat-a sam s ocjenom zdravstvene sposobnosti za držanje i nošenje oružja

Upoznat-a sam s mogućnošću izjave žalbe Drugostupanjskoj zdravstvenoj komisiji na izdano Uvjerenje o zdravstvenoj sposobnosti za držanje i nošenje oružja u roku od 15 dana od dana primitka uvjerenja.

Potpis pregledane osobe: \_\_\_\_\_

Broj:

Datum pregleda (dan/mjesec/godina): / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Mjesto pregleda:

|                              |                          |                                                                                                        |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vrsta zdravstvenog pregleda: | <input type="checkbox"/> | izdavanja Uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti za držanje i nošenje oružja                             |
|                              | <input type="checkbox"/> | Prvi puta Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>                                      |
|                              | <input type="checkbox"/> | izvanredni zdravstveni pregled                                                                         |
|                              |                          | broj                      rješenja                      nadležnog                      tijela<br>_____ |

## KARTON ZDRAVSTVENOG PREGLEDA

### ZDRAVSTVENA SPOSOBNOST ZA DRŽANJE I NOŠENJE ORUŽJA OFTALMOLOŠKI PREGLED

Ime, prezime: \_\_\_\_\_ Ime oca/majke: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Istovjetnost osobe utvrđena je na temelju osobne iskaznice/putovnice (podcrtaj jednu od navedenih isprava) broj: \_\_\_\_\_ izdane u:

\_\_\_\_\_

Anamneza:

Vanjski pregled oka i adneksa oka:

Palpacija:

Pregled očne pozadine:

Oštrina vida na daljinu:

Desno sc cc

Lijevo sc cc

Binokularno sc cc

Oštrina vida na blizinu:

Desno sc cc

Lijevo sc cc

Binokularno sc cc

Fuzija:

Dubinski vid:

Periferni vid:

Osjet za boje:

Ostale pretrage:

NAPOMENE I PREPORUKE:

### OCJENA ZDRAVSTVENE SPOSOBNOSTI:

Potpis i faksimil dr. med., specijalista oftalmologa

Broj:

Datum pregleda (dan/mjesec/godina): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Mjesto pregleda:

|                              |                          |                                                                            |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Vrsta zdravstvenog pregleda: | <input type="checkbox"/> | izdavanja Uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti za držanje i nošenje oružja |
|                              | <input type="checkbox"/> | Prvi puta Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>          |
|                              | <input type="checkbox"/> | izvanredni zdravstveni pregled                                             |
|                              | <input type="checkbox"/> | broj rješenja nadležnog tijela<br>_____                                    |

## KARTON ZDRAVSTVENOG PREGLEDA

### ZDRAVSTVENA SPOSOBNOST ZA DRŽANJE I NOŠENJE ORUŽJA

#### PSIHIJATRIJSKI PREGLED

Ime, prezime: \_\_\_\_\_ Ime oca/majke: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Istovjetnost osobe utvrđena je na temelju osobne iskaznice/putovnice (podcrtaj jednu od navedenih isprava) broj: \_\_\_\_\_ izdane u:

\_\_\_\_\_

**Anamneza** (duševne bolesti, duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja uzrokovanih uzimanjem psihoaktivnih tvari – alkohol, droge i ostale psihoaktivne tvari, psihijatrijsko liječenje ambulantno i/ili bolničko, ostalo):

**Psihički status** (vanjski izgled, držanje, ponašanje i reagiranje; verbalni i psihički kontakt; izraz lica, mimika i gestikulacija; svijest i orijentiranost; afekt, raspoloženje i volja; psihomotorika; opažanje; pamćenje, zapamćivanje i sjećanje; mišljenje formalno i sadržajno i rasuđivanje; inteligencija, školsko znanje, informiranost i iskustvo; nagon, socijalna prilagodljivost, ličnost):

#### NAPOMENE I PREPORUKE:

#### OCJENA ZDRAVSTVENE SPOSOBNOSTI:

Potpis i faksimil dr. med.,  
specijalista psihijatra ili neuropsihijatra

Broj:

Datum pregleda (dan/mjesec/godina): /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Mjesto pregleda:

|                              |                          |                                                                                                        |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vrsta zdravstvenog pregleda: | <input type="checkbox"/> | izdavanja Uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti za držanje i nošenje oružja                             |
|                              | <input type="checkbox"/> | Prvi puta Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>                                      |
|                              | <input type="checkbox"/> | izvanredni zdravstveni pregled                                                                         |
|                              |                          | broj                      rješenja                      nadležnog                      tijela<br>_____ |

## KARTON ZDRAVSTVENOG PREGLEDA

### ZDRAVSTVENA SPOSOBNOST ZA DRŽANJE I NOŠENJE ORUŽJA

#### PSIHOLOGIJSKA OBRADA

Ime, prezime: \_\_\_\_\_ Ime oca/majke: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Istovjetnost osobe utvrđena je na temelju osobne iskaznice/putovnice (podcrtaj jednu od navedenih isprava) broj: \_\_\_\_\_ izdane u: \_\_\_\_\_

**Kognitivne sposobnosti:**

**Procjena osobina ličnosti: Psihologijski intervju: Ostalo: NAPOMENE I PREPORUKE:**

## OCJENA ZDRAVSTVENE SPOSOBNOSTI:

Potpis i faksimil psihologaBroj:Datum pregleda (dan/mjesec/godina):  
/ \_\_/ \_\_/ \_\_\_\_/

Mjesto pregleda:

|                              |                          |                                                                            |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Vrsta zdravstvenog pregleda: | <input type="checkbox"/> | izdavanja Uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti za držanje i nošenje oružja |
|                              | <input type="checkbox"/> | Prvi puta Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>          |
|                              | <input type="checkbox"/> | izvanredni zdravstveni pregled                                             |
|                              |                          | broj rješenja nadležnog tijela<br>_____                                    |

## KARTON ZDRAVSTVENOG PREGLEDA

### ZDRAVSTVENA SPOSOBNOST ZA DRŽANJE I NOŠENJE ORUŽJA

### PROŠIRENA MEDICINSKA OBRADA

Ime, prezime: \_\_\_\_\_ Ime oca/majke: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: / \_\_/ \_\_/ \_\_\_\_/

Istovjetnost osobe utvrđena je na temelju osobne iskaznice/putovnice (podcrtaj jednu od navedenih isprava) broj: \_\_\_\_\_ izdane u:  
\_\_\_\_\_

UPUĆUJE SE: \_\_\_\_\_

TRAŽI SE: \_\_\_\_\_

**NALAZ I MIŠLJENJE** (ako nema dovoljno prostora na prednjoj stranici-koristiti

prostor na poledini, po potrebi priložiti nalaze):

**NAPOMENE I PREPORUKE:** Potpis i faksimil



[1]Izdavanja oružnog lista

[2]Izdavanja odobrenja za obavljanje djelatnosti propisanih Zakonom o oružju

[3]Izdavanje dopusnice za neposredno rukovanje vatrenim oružjem