

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

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

 Datum primitka

Lokacija

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

 Redni broj slučaja

Pečat i potpis ovlaštenog radnika

PRIJAVA O OZLJEDI NA RADU

A) PODACI O POSLODAVCU

Ispunjava POSLODAVAC

01.	Naziv:										
02.	Adresa (sjedište):										
03.	E-mail:										
04.	OIB:										
05.	Broj obveze obveznika uplate:					/					
06.	Glavna gospodarska djelatnost (naziv i šifra prema razredu) - sukladno važećoj NKD klasifikaciji:										
07.	Broj zaposlenih (šifra sukladno ESAW klasifikaciji):										
08.	Ime, prezime izabranog doktora specijaliste medicine rada:										

B) PODACI O OZLIJEĐENOJ OSOBI

09.	Ime, ime roditelja, prezime:											
10.	Datum rođenja (DD/MM/GGGG):											
11.	Adresa stanovanja:	Ulica										
		Kućni broj										
		Mjesto										
		Poštanski broj										
		Telefon:										
	E-mail:											
12.	OIB:											
13.	Matični broj osigurane osobe:											
14.	Spol : 1 - muški; 2 - ženski; 9 - nema podataka											
15.	Državljanstvo: 0 - nepoznato; 1 - hrvatsko; 2 - ostalo iz EU (upisati); 3 - ostalo izvan EU (upisati.....)											
16.	Osnova osiguranja: 000 - nepoznato; 100 - samozaposleni; 300 - zaposlenik; 400 - obiteljski radnik; 500 - naučnik/vježbenik, 900 - ostalo											
17.	Vrsta ugovora o radu: 0 - nema podataka; 1 - neodređeno; 2 - određeno											
18.	Radno vrijeme na koje je ozlijeđena osoba zaposlena: 0 - nema podataka; 1 - puno radno vrijeme; 2 - nepuno radno vrijeme											
19.	Radno vrijeme ozlijeđene osobe na dan ozljede (od - do):			:			-			:		
20.	Zanimanje ozlijeđene osobe (naziv i šifra prema skupini) - sukladno NKZ - 10 klasifikaciji:											
21.	Koliko je sati ozlijeđena osoba radila toga radnog dana prije ozljede:			:								
22.	Koliko je dugo osoba obavljala posao na kojem je ozlijeđena (godina, mjeseci, dana):											

C) PODACI O OZLJEDI NA RADU

23.	Datum ozljede (DD/MM/GGGG):		
24.	Vrijeme ozljede (upisati sat u kojem se ozljeda dogodila od 00 do 23, bez minuta; 99 - nepoznato):		
25.	Lokacija (adresa) gdje se ozljeda dogodila:		

26.	Županija (prema važećoj Nacionalnoj klasifikaciji prostornih jedinica za statistiku):	
27.	Težina ozljede: 1 - lakša; 2 - teška; 4 - smrtna	
28.	Vrsta ozljede (šifre sukladno ESAW klasifikaciji):	
29.	Ozlijeđeni dio tijela (šifre sukladno ESAW klasifikaciji):	
30.	Mjesto rada: 0 - nema podataka; 1 - uobičajeno ili mjesto rada unutar lokalne jedinice; 2 - povremeno ili pokretno mjesto rada ili putovanje po nalogu poslodavca; 9 - ostala radna mjesta	
31.	Osoba je ozlijeđena za vrijeme rada: 0 - nepoznato; 1 - redovitog; 2 - produženog; 3 - izvanrednog	
32.	Mjesta u vezi s radom: 3 - na putu na posao; 4 - na putu s posla	
33.	Radni okoliš (opisati mjesto rada, radni prostor ili općenito okoliš na kojem se nesreća dogodila):	
34.	Radni proces (opisati glavnu vrstu posla ili zadatka (općenita aktivnost) koju je ozlijeđeni izvodio u vrijeme kad se ozlijedio):	
35.	Specifična aktivnost u vrijeme ozljede (opisati konkretnu fizičku aktivnost koju je ozlijeđeni obavljao, te alat, predmet ili spravu koju je koristio u trenutku nesreće):	
36.	Poremećaj u radnom procesu (opisati posljednji događaj koji je odstupio od normalnog i doveo do nesreće, te alat, predmet ili spravu koja je uključena u neuobičajeni događaj):	

37.	Kontakt - način ozljeđivanja (opisati naćin na koji je ozljeđeni zadobio fizićku ili mentalnu traumu, te alat, predmet ili spravu s kojom je ozljeđeni došao u kontakt ili psihološki naćin ozljeđivanja):

38.	Uzrok ozljeđe:			
39.	Je li procjenom rizika predviđeno korišćenje osobnih zaštitnih sredstava? 1 - da, 2 - ne			
40.	Je li korišćena osobna zaštitna sredstva? 1 - da, 2 - ne			
41.	Je li radnik osposobljen za rad na siguran naćin? 1 - da, 2 - ne			
42.	Je li primijenjena osnovna pravila zaštite na radu? 1 - da, 2 - ne			
43.	Je li primijenjena posebna pravila zaštite na radu? 1 - da, 2 - ne			
44.	Je li bila pružena prva pomoć: 1 - da; 2 - ne; 3 - nema podataka			
45.	Je li provedena interna istraga o ozljeđi? 1 - da, 2 - ne; Ako DA, tko ju je proveo?			
46.	Je li obavljen oćevid od strane policije? 1 - da, 2 - ne			
47.	Je li obavljen nadzor od strane inspektora rada za zaštitu na radu? 1 - da, 2 - ne			

D) PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODITELJU

48.	Ime, prezime i funkcija:	Telefon:
49.	Adresa stanovanja:	E-mail:

E) PODACI O OĆEVIDCU

50.	Ime, prezime:	Telefon:
51.	Adresa stanovanja:	E-mail:

F) PODACI O OSOBI KOJA JE POPUNILA TISKANICU PRIJAVE O OZLJEDI NA RADU

52.	Ime, prezime:	Telefon:
53.	Radno mjesto:	E-mail:

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

Datum podnošenja prijave (DD/MM/GGGG)

M.P.

IME, PREZIME, potpis odgovorne osobe poslodavca

G) IZVJEŠĆE IZABRANOG DOKTORA OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE

Ispunjava izabrani doktor

54.	Izvešće sačinjeno: A) Neposrednim pregledom; B) Osnovom medicinske dokumentacije					
55.	Ime, prezime, adresa doktora koji je prvi pregledao ozlijeđenu osobu:					
56.	Naziv i adresa zdravstvene ustanove u kojoj je prvi puta pregledana ozlijeđena osoba:					
57.	Dijagnoza ozljede, naziv i šifra prema važećoj MKB:					
58.	Vanjski uzrok ozljede prema MKB (W01 - Z99):					
59.	Boluje li ozlijeđena osoba od drugih bolesti, koje su za posljedicu mogle imati ozljedu? 1 - da, 2 - ne; Ako DA, navesti koje.					
60.	Boluje li ozlijeđena osoba od fizičkih ili psihičkih poteškoća koje su utjecale na nastanak ozljede? 1 - da, 2 - ne; Ako DA, navesti koje.					
61.	Je li izvršeno testiranje na alkohol ili druga opojna sredstva? 1 - da, 2 - ne, 9 - nema podataka; Ako DA, navesti rezultat.					
62.	Napomena:					

Datum popunjavanja prijave (DD/MM/GGGG)

M.P.

IME, PREZIME, potpis i šifra izabranog doktora

H) PODACI HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Ispunjava ZAVOD

Zavod temeljem čl.125. st.1. toč.1. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju ("Narodne Novine", broj 80/13 i 137/13), u predmetu utvrđivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja zaštite zdravlja na radu priznaje prava osnovom ozljede na radu osiguranoj osobi iz točke B (Podaci o ozlijeđenoj osobi).

<input type="text"/> Datum nastanka ozljede na radu	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> Datum priznavanja ozljede na radu	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> Evidencijski broj priznate ozljede na radu	<input type="text"/> Šifra prema MKB priznate ozljede na radu

IME, PREZIME, potpis voditelja postupka

M.P.

Dopuštena je žalba Direkciji Zavoda u roku od 15 dana od dana primitka ovjerene tiskanice Prijave o ozljedi na radu. Žalba se podnosi putem nadležnog Regionalnog ureda odnosno Područne službe koja je tiskanicu Prijave o ozljedi na radu i ovjerila.