

TISKANICA OR

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Zagreb - Baštijanova - šifra lokacije 346

Lokacija: Baštijanova 52

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

Datum primitka

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

Redni broj slučaja



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Ispunjava ZAVOD

Pečat i potpis ovlaštenog radnika

PRIJAVA O OZLJEDI NA RADU

A) PODACI O POSLODAVCU

Ispunjava POSLODAVAC

01. Naziv: Web ZNR - www.zastitanaradu.hr

02. Adresa (sjedište):

03. E-mail:

04. OIB:

05. Broj obveze obveznika uplate:

06. Glavna gospodarska aktivnost (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 9

15. Državljanstvo: 0- nepoznato; 1- hrvatsko; 2- ostalo iz EU (upisati); 3- ostalo izvan EU (upisati) 0

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 ozlijeđe (od - do):

20. Zanimanje ozlijeđene osobe (naziv i šifra prema skupini) - sukladno NKZ - 10 klasifikaciji:

21. Koliko je sati ozlijeđena osoba radila toga radnoga dana prije ozlijeđe:

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): 2 0 0 7 2 0 1 5

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; 3- skupna; 4- smrtna					
28.	Vrsta ozljede (šifre sukladno ESAW klasifikaciji) :					
29.	Ozljeđeni dio tijela (šifre sukladno ESAW klasifikaciji) :					
30.	Mjesto rada: 0- nema podataka, 1- uobičajno 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 zadataka (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.

39. Je li procjenom rizika predviđeno korištenje osobnih zaštitnih sredstava? 1- da; 2- ne

40. Je su li korištena osobna zaštitna sredstva? 1- da; 2- ne

41. Je li radnik osposobljen za rad na siguran način? 1- da; 2- ne

42. Je su li primijenjena osnovna pravila zaštite na radu? 1- da; 2- ne

43. Je su 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.

46. Je li obavljen očevid od strane policije? 1- da; 2- ne

47.	Je li obavljen nadzor od strane inspektora rada za zaštitu na radu? 1- da; 2- ne	
-----	--	--

48. Ime, prezime i funkcija: _____ Telefon: _____

49. Adresa stanovanja: _____ | E-mail: _____

50. Ime, prezime: _____ Telefon: _____

51. Adresa stanovanja: _____ | E-mail: _____

52. Ime, prezime: _____ Telefon: _____

53. Radno mjesto: _____ | E-mail: _____

M.P.

IME, PREZIME, potpis odgovorne osebe 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 ozlijede, naziv i šifra prema važećoj MKB:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								
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 ozljed 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**

<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Datum nastanka ozljede na radu											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Datum priznavanja ozljede na radu											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Šifra prema MKB priznate ozljede na radu																																		
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Evidencijski broj priznate ozljede na radu																																			

IME, PREZIME, potpis voditelja postupka

M.P.