

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; 3 - skupna; 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.	Izješće 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).

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

Datum nastanka ozljede na radu

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

Datum priznavanja ozljede na radu

Šifra prema MKB priznate ozljede na radu

IME, PREZIME, potpis voditelja postupka

M.P.

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

Evidencijski broj priznate ozljede na radu

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 ovjerala.