

(datum primitka)	(šifra ovlaštenog radnika)
(Redni broj prijave)	(Pečat i potpis ovlaštenog radnika)
Ispunjava Područni ured Zavoda	

## PRIJAVA O PROFESIONALNOJ BOLESTI

### I. PODACI O OBVEZNIKU PRIJAVE (ISPUNJAVA POSLODAVAC)

Redni broj	PITANJA		ODGOVORI (ispunjava obveznik podnošenja prijave)
1	Obveznik podnošenja prijave (poslodavac)	Puni naziv (za privatnog poslodavca ime i prezime)	
2		OIB	
3		Broj obveze obveznika	
4		Vrsta i grana djelatnosti i šifra po NKD	
5		Puna adresa (mjesto, ulica i broj, općina - za brodove ime broda) a) sjedišta	
6		b) mjesta rada	
7		Veličina poduzeća (broj zaposlenih) Ekonomska aktivnost poslodavca i jedinice ukoliko se razlikuje od glavne djelatnosti *	

### II. PODACI O OBOLJELOJ OSOBI (ISPUNJAVA POSLODAVAC)

8	Ime, ime roditelja i prezime		
9	Status zaposlenja (zaposlenik, samozaposlenik)		
10	Broj osigurane osobe		
11	OIB		
12	Osnova osiguranja		
13	Spol (muški - ženski)		
14	Kada i gdje je rođena	Datum (dan, mjesec i godina)	
15		Mjesto	
16		Općina	
17	Prebivalište	Mjesto	
18		Adresa (ulica i broj)	
19		Općina	
20		Županija	

21	Zanimanje (posao koji obavlja u svom redovitom radu)		
22	Školska sprema		
23	Stručno obrazovanje		
24	Stručna sprema za rad na radnom mjestu		
25	Poslovi koje obavlja		
26	Vrsta rada i rad na: _____ određeno vrijeme _____ rad na neodređeno vrijeme _____ povremeni poslovi na ugovor		
27	Koliko dugo obavlja sadašnji posao?		
28	Rad u punom radnom vremenu, rad s djelomičnim radnim vremenom		
29	Posao koji je obavljala ranije, a za koji se pretpostavlja da je izazvao profesionalnu bolest	a) Vrsta posla	
		b) Koliko je dugo obavljala taj posao	_____ god. i _____ mj.
		c) Koliko dugo ne radi taj posao	_____ god. i _____ mj.
30	Da li je osposobljen za rad na siguran način za posao na radnom mjestu na kojem je obolio od profesionalne bolesti (da - ne)		
31	Da li su obavljani odgovarajući zdravstveni pregledi u propisanim rokovima (da - ne)		
32	Da li su predlagane mjere za otklanjanje nedostataka odnosno poboljšanje stanja (da - ne)		
33	Korištenje osobnih zaštitnih sredstava	Je li bilo naređeno korištenje osobnih zaštitnih sredstava (da-ne)	
34		Jesu li korištena osobna zaštitna sredstva (da-ne)	
35	Da li su primijenjena osnovna pravila zaštite na radu (da-ne)		
36	Da li su primijenjena posebna pravila zaštite na radu (da-ne)		

#### PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODITELJU

37	Ime, prezime i funkcija	
38	Adresa prebivališta	

\* Radi se o zaposleniku poslodavca koji obavlja poslove koji se razlikuju od poslova osnovne djelatnosti (npr. kuhar u građevinskoj djelatnosti)

Klasa \_\_\_\_\_  
 Ur. broj: \_\_\_\_\_  
 Mjesto: \_\_\_\_\_  
 Datum podnošenja prijave: \_\_\_\_\_

Da li je obaviještena služba inspekcije rada (da-ne)	DA	NE
--	----	----

Ime, prezime i funkcija odgovorne osobe	M.P.	Potpis odgovorne osobe

### III. IZVJEŠĆE IZABRANOG DOKTORA OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE

39	Ime i prezime, te šifra izabranog doktora opće/obiteljske medicine		
40	Naziv i adresa, te šifra zdravstvene ustanove, odnosno privatne ordinacije doktora opće/obiteljske medicine		
41	Naziv zdravstvene ustanove, odnosno privatne ordinacije doktora spec. medicine rada, koji su utvrdili postojanje profesionalne bolesti		
42	Naziv bolesti prema Zakonu o listi profesionalnih bolesti		
43	Evidencijski broj profesionalne bolesti u zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj ordinaciji medicine rada		
44	Dijagnoza i šifra profesionalne bolesti prema važećoj MKB		
45	Nalazi koji verificiraju dijagnozu profesionalne bolesti	- biokemijski (da-ne)	
		- toksikološki (da-ne)	
		- alergološki (da-ne)	
		- rengenološki (da-ne)	
		- funkcionalno dijagnostički (da-ne)	
46	Datum kada je utvrđeno postojanje profesionalne bolesti		
47	Datum nastanka profesionalne bolesti		
48	Druge primjedbe nadležnog doktora medicine rada		

49	Broj i datum isprave zdravstvene ustanove, odnosno privatne ordinacije medicine rada o profesionalnoj bolesti, koja se daje u prilogu	
----	---	--

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ godine

M.P.

( Potpis i šifra izabranog doktora opće/obiteljske medicine )

50	Evidencijski broj HZZZSR, šifra prema MKB priznate profesionalne bolesti te potpis ovlaštene osobe	
----	--	--

### IV. PODACI HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Datum priznavanja profesionalne bolesti	Datum nastanka profesionalne bolesti	Evidencijski broj, te šifra prema MKB priznate profesionalne bolesti	Šifra i potpis ovlaštene osobe Zavoda	M.P.