

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	
	Pošanski 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 korištenje osobnih zaštitnih sredstava? 1 - da, 2 - ne			
40.	Je li korištena 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

54.	Izvješće 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

_____ Datum nastanka ozljede na radu	_____ _____ _____ _____ Šifra prema MKB priznate ozljede na radu	_____ _____ _____ _____ M.P.
_____ Datum priznavanja ozljede na radu	_____ _____ _____ _____ Evidencijski broj priznate ozljede na radu	

\_\_\_\_\_  
IME, PREZIME, potpis voditelja postupka