

Područna Služba _____
Ispostava _____
(adresa) _____

| | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| (Datum primitka) | (Šifra ovlaštenog radnika) |
| (Redni broj prijave) | (Pečat i potpis ovlaštenog radnika) |
| Ispunjava služba Zavoda | |

PRIJAVA O PROFESIONALNOJ BOLESTI

I. PODACI O OBVEZNIKU PRIJAVE (ISPUNJAVA POSLODAVAC)

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

II. PODACI O OBOLJELOJ OSOBI (ISPUNJAVA POSLODAVAC)

| | | |
|-------|--|---|
| 7 | Ime, ime roditelja i prezime | |
| 8 | Status zaposlenja (zaposlenik, samozaposlenik) | |
| 9 | Broj osigurane osobe | |
| 10 | Osnova osiguranja | |
| 11 | Spol (muški - ženski) | |
| 12 | Datum (dan, mjesec i godina) | |
| 13 | Kada i gdje je rođena | Mjesto |
| 14 | | Općina |
| 15 | | Mjesto |
| 16 | Prebivalište | Adresa (ulica i broj) |
| 17 | | Općina |
| 18 | | Županija |
| 19 | Zanimanje (posao koji obavlja u svom redovitom radu) | |
| 20 | Školska sprema | |
| 21 | Stručno obrazovanje | |
| 22 | Stručna sprema za rad na radnom mjestu | |
| 23 | Poslovi koje obavlja | |
| 24 | Vrsta rada i rad na: određeno vrijeme rad na neodređeno vrijeme povremeni poslovi na ugovor | |
| 25 | Koliko dugo obavlja sadašnji posao? | |
| 26 | Rad u punom radnom vremenu, rad s djelomičnim radnim vremenom | |
| 27 | 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 c) Koliko dugo ne radi taj posao |
| 28 | Da li je osposobljen za rad na siguran način za posao na radnom mjestu na kojem je obolio od profesionalne bolesti (da - ne) | _____ god. i _____ mj. |
| 29 | Da li su obavljani odgovarajući zdravstveni pregledi u propisanim rokovima (da - ne) | _____ god. i _____ mj. |
| 30 | Da li su predlagane mjere za otklanjanje nedostataka odnosno poboljšanje stanja (da - ne) | |
| 31 | Korištenje osobnih zaštitnih sredstava | Je li bilo naredeno korištenje osobnih zaštitnih sredstava (da - ne) |
| 32 | | Jesu li korištena osobna zaštitna sredstva (da - ne) |
| 33 | Da li su primijenjena osnovna pravila zaštite na radu (da - ne) | |
| 34. # | Da li su primijenjena posebna pravila zaštite na radu (da - ne) | |

PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODITELJU

| | | |
|----|-------------------------|--|
| 35 | Ime, prezime i funkcija | |
| 36 | Adresa prebivališta | |

Klasa: _____

Urbroj: _____

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 SPECIJALISTA MEDICINE RADA

| | | |
|----|---|--|
| 37 | Ime i prezime, te šifra nadležnog doktora medicine rada oboljele osobe | |
| 38 | Naziv i adresa, te šifra zdravstvene ustanove, trgovačkog društva, odnosno privatne ordinacije nadležnog doktora medicine | |
| 39 | Naziv zdravstvene ustanove, trgovačkog društva, odnosno privatne ordinacije medicine rada, te doktora medicine rada koji su utvrdili postojanje profesionalne bolesti | |
| 40 | Naziv bolesti prema Zakonu o listi profesionalnih bolesti | |
| 41 | Evidencijski broj profesionalne bolesti u zdravstvenoj ustanovi, trgovačkom društvu, odnosno privatnoj ordinaciji medicine rada | |
| 42 | Dijagnoza i šifra profesionalne bolesti prema važećoj MKB | |
| 43 | Nalazi koji verificiraju dijagnozu profesionalne bolesti | - biokemijski (da - ne) - toksikološki (da - ne) - alergološki (da - ne) - rengenološki (da - ne) - funkcionalno dijagnostički (da - ne) |
| 44 | Datum kada je utvrđeno postojanje profesionalne bolesti | |
| 45 | Datum nastanka profesionalne bolesti | |
| 46 | Koliko će približno trajati privremena nesposobnost za rad zbog profesionalne bolesti | |
| 47 | Bolovanje do tri dana, bolovanje preko tri dana | |
| 48 | Druge primjedbe nadležnog doktora medicine rada | |
| 49 | Broj i datum isprave zdravstvene ustanove, trgovačkog društva, odnosno privatne ordinacije medicine rada o profesionalnoj bolesti, koja se daje u prilogu | |

U _____, _____ godine M.P. _____
(Potpis i šifra nadležnog doktora medicine rada)

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

IV. PODACI HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZAŠTITE ZDRAVLJA NA RADU

| 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. |
|---|--------------------------------------|--|---------------------------------------|------|
| | | | | |

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