

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

Datum primitka

Lokacija:

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

Redni broj slučaja

Pečat i potpis ovlaštenog radnika

PRIJAVA O PROFESIONALNOJ BOLESTI

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 :										

B) PODACI O OBOLJELOJ OSOBI

08. Ime, ime roditelja, prezime:										
09. Datum rođenja (DD/MM/GGGG):										
10. Adresa stanovanja:	Ulica									
	Kućni broj									
	Mjesto									
	Poštanski broj									
	Telefon:					E-mail:				
11. OIB:										
12. Matični broj osigurane osobe:										
13. Spol : 1 - muški; 2 - ženski; 9 - nema podataka										
14. Državljanstvo: 0 - nepoznato; 1 - hrvatsko; 2 - ostalo iz EU (upisati); 3 - ostalo izvan EU (upisati.....)										
15. Osnova osiguranja: 000-nepoznato; 100-samozaposleni; 300-zaposlenik; 400-obiteljski radnik; 500-naučnik/vježbenik, 600-umirovljenik; 900-ostalo										
16. Posao koji sada obavlja u redovitom radu (naziv i šifra prema skupini) - sukladno NKZ - 10 klasifikaciji:										
17. Koliko dugo obavlja sadašnji posao (GG):										
18. Posao koji je obavljala ranije, a za koji se pretpostavlja da je izazvao profesionalnu bolest	sukladno NKZ - 10 klasifikaciji:									
	razdoblje u kojem je obavljala taj posao (godine od - do):									
19. Jesu li obavljani zdravstveni pregledi prema Pravilniku o poslovima s posebnim uvjetima rada: 0 - ne, 1 - 56 da (točke popisa Pravilnika o poslovima s posebnim uvjetima rada)										
20. Jesu li obavljani zdravstveni pregledi prema drugim propisima iz čl.2 Pravilnika o poslovima na kojima radnik može raditi samo nakon prethodnog i redovnog utvrđivanja zdravstvene sposobnosti? 1 - da, 2 - ne (Ako da, navesti koji)										
21. Je li radnik osposobljen za rad na siguran način? 1 - da, 2 - ne										
22. Jesu li korištena osobna zaštitna sredstva? 1 - da, 2 - ne										
23. Jesu li primijenjena osnovna pravila zaštite na radu? 1 - da, 2 - ne										
24. Jesu li primijenjena posebna pravila zaštite na radu? 1 - da, 2 - ne										

C) PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODITELJU**25.** Ime, prezime i funkcija: _____ Telefon: _____**26.** Adresa stanovanja: _____ E-mail: _____

Datum podnošenja prijave (DD/MM/GGGG):

M.P.

IME, PREZIME, potpis odgovorne osobe poslodavca**D) PODACI O BOLESTI****Ispunjava izabrani doktor opće/obiteljske medicine****27.** Dijagnoza bolesti, naziv i šifra prema
važećoj MKB: _____
_____**28.** Šifra bolesti prema važećem Zakonu o listi profesionalnih bolesti: _____**29.** Broj _____

Datum mišljenja ordinacije medicine rada o postojanju profesionalne bolesti * _____

Ime, prezime izabranog doktora specijalista medicine rada: _____

* obvezno priložiti

Datum popunjavanja prijave (DD/MM/GGGG)

M.P.

IME, PREZIME, potpis i šifra izabranog doktora**E) MIŠLJENJE HRVATSKOG ZAVODA ZA JAVNO ZDRAVSTVO****Ispunjava HZJZ****30.** Evidencijski broj: _____**31.** Datum nastanka zarazne bolesti / utvrđivanja profesionalne bolesti: _____**32.** Dijagnoza i šifra bolesti prema važećoj
MKB: _____
_____**33.** Šifra bolesti prema važećem Zakonu o listi profesionalnih bolesti: _____

M.P.

IME, PREZIME, potpis ovlaštene osobe**F) 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 profesionalne bolesti osiguranoj osobi iz točke B (Podaci o oboljeloj osobi).

Datum nastanka zarazne bolesti / utvrđivanja prof.
bolesti

Datum priznavanja prof. bolesti

Šifra prema MKB priznate profesionalne
bolesti_____
IME, PREZIME, potpis voditelja postupka

Evidencijski broj priznate profesionalne bolesti

M.P.

Dopuštena je žalba Direkciji Zavoda u roku od 15 dana od dana primitka ovjerene tiskanice Prijave o profesionalnoj bolesti. Žalba se podnosi putem nadležnog Regionalnog ureda odnosno Područne službe koja je tiskanicu Prijave o profesionalnoj bolesti i ovjerila.