

PRIJAVA O OZLJEDI NA RADU**A) PODACI O POSLODAVCU****Popunjava POSLODAVAC**

01.	Naziv:										
02.	Adresa (sjedište):										
03.	E-mail:										
04.	OIB:										
05.	Broj obveze obveznika uplate:				/						
06.	Glavna gospodarska djelatnost (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 (MBO):										
14.	Spol :										
15.	Državljanstvo:										
16.	Osnova osiguranja:										
17.	Vrsta ugovora o radu:										
18.	Radno vrijeme na koje je ozlijeđena osoba zaposlena:										
19.	Radno vrijeme ozlijeđene osobe na dan ozljede (od - do):			:			-			:	
20.	Zanimanje ozlijeđene osobe (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										
25.	Lokacija (adresa) gdje se ozljeda dogodila:										

26.	Županija:		
27.	Težina ozljede:		
28.	Vrsta ozljede (šifre sukladno ESAW klasifikaciji):		
29.	Ozlijeđeni dio tijela (šifre sukladno ESAW klasifikaciji):		
30.	Mjesto rada:		
31.	Osoba je ozlijeđena za vrijeme rada		
32.	Mjesta u vezi s radom:		
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 ozljede): 		
36.	Poremećaj u radnom procesu (opisati posljednji događaj koji je odstupio od normalnog i doveo do ozljede te alat, predmet ili spravu koja je uključena u neuobičajeni događaj): 		
37.	Kontakt - način ozljeđivanja (opisati način na koji je ozlijeđeni zadobio fizičku ili mentalnu traumu te alat, predmet ili spravu s kojom je ozlijeđeni došao u kontakt ili psihološki način ozljeđivanja): 		
38.	Uzrok ozljede:		

39.	Je li procjenom rizika predviđeno korištenje osobnih zaštitnih sredstava?	☐	☐
40.	Jesu li korištena osobna zaštitna sredstva?	☐	☐
41.	Je li radnik osposobljen za rad na siguran način?	☐	☐
42.	Jesu li primijenjena osnovna pravila zaštite na radu?	☐	☐
43.	Jesu li primijenjena posebna pravila zaštite na radu?	☐	☐
44.	Je li bila pružena prva pomoć:	☐	☐
45.	Je li provedena interna istraga o ozljedi?	☐	☐
46.	Je li obavljen očevid od strane policije?	☐	☐
47.	Je li obavljen nadzor od strane inspektora rada za zaštitu na radu?	☐	☐

D) PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODITELJU

48.	Ime, prezime i funkcija:		Telefon:	
49.	Adresa stanovanja:		E-mail:	

E) PODACI O OČEVIDCU

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)

Ime i prezime / OIB ovlaštene osobe poslodavca

G) PODACI HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Popunjiva HZZO

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (OIB 02958272670) na temelju članka 125. stavka 1. točke 1. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju ("Narodne Novine", broj 80/13., 137/13., 98/19., 33/23. i 105/25.), u predmetu utvrđivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osiguranoj osobi iz točke B (Podaci o ozlijeđenoj osobi) priznaje se ozljeda na radu i prava koja proizlaze iz priznate ozljede na radu.

Datum nastanka ozljede na radu

Datum priznavanja ozljede na radu

Ime i prezime, potpis /elektronički potpis ovlaštene službene osobe

M.P.

Šifra prema MKB priznate ozljede na radu

Evidencijski broj priznate ozljede na radu

Dopuštena je žalba Direkciji Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u roku od 15 dana od dana primitka ovjerene tiskаницe Prijave o ozljedi na radu. Žalba se predaje neposredno ili putem pošte odnosno usmeno na zapisnik područnom uredu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje gdje je tiskаницa Prijave o ozljedi na radu ovjerena.

Datum primitka

Popunjiva izabrani doktor

Područni ured	_____
MBO	_____
OIB	_____
Ime i prezime	_____
Datum rođenja	_____
Adresa osigurane osobe	_____
Grad/naselje	Ulica i broj

Šifra zdr. ustanove - ordinacije privatne prakse

Šifra ugovornog doktora

H) IZVJEŠĆE IZABRANOG DOKTORA OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE

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 MKB:

57.

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?

62. Napomena:

M.P.

Datum popunjavanja (DD/MM/GGGG)

Ime i prezime, potpis i faksimil izabranog doktora