



Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO)

OIB 02958272670

Datum primitka

Lokacija:

Redni broj slučaja

Pečat i potpis ovlaštenog radnika HZZO-a

PRIJAVA O PROFESIONALNOJ BOLESTI**A) PODACI O POSLODAVCU****Popunjava POSLODAVAC**

01.	Naziv:			
02.	Adresa (sjedište):			
03.	E-mail:			
04.	OIB:			
05.	Broj obveze obveznika uplate doprinosa:			
06.	Glavna gospodarska djelatnost (sukladno važećoj NKD klasifikaciji)			
07.	Broj zaposlenih (šifra sukladno ESAW klasifikaciji):			

B) PODACI O OBOLJELOJ OSOBI

08.	Ime, ime roditelja, prezime:			
09.	Datum rođenja (DDMMGGGG):			
10.	Adresa stanovanja:	Ulica		
		Kućni broj		
		Mjesto		
		Pošanski broj		
	Telefon:		E-mail:	
11.	OIB:			
12.	Matični broj osigurane osobe (MBO):			
13.	Spol :			
14.	Državljanstvo:			
15.	Osnova osiguranja (šifra sukladno ESAW klasifikaciji):			
16.	Posao koji sada obavlja u redovitom radu (sukladno NKZ - 10 klasifikaciji):			
17.	Koliko dugo obavlja sadašnji posao (godina):			
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 propisima kojima se uređuju poslovi s posebnim uvjetima rada: 0 - NE, 1 - 56 DA (točke popisa pravilnika kojim se uređuju poslovi s posebnim uvjetima rada)			
	Jesu li obavljani zdravstveni pregledi prema drugim propisima kojima se uređuju poslovi 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)

Ime i prezime / OIB ovlaštene osobe poslodavca

D) PODACI O BOLESTI

Popunjava izabrani doktor obiteljske (opće) medicine

27.	Dijagnoza bolesti, naziv i šifra prema važećoj MKB:	
28.	Šifra bolesti prema zakonu kojim se uređuje lista profesionalnih bolesti:	
29.	Mišljenje ordinacije medicine rada o postojanju profesionalne bolesti*	Broj: _____ Datum: _____
	Ime, prezime izabranog doktora specijalista medicine rada	

* obavezno priložiti

Datum popunjavanja prijave (DD/MM/GGGG)

M.P.

Ime i prezime, potpis i šifra izabranog doktora

E) MIŠLJENJE HRVATSKOG ZAVODA ZA JAVNO ZDRAVSTVO (HZJZ) (ako je isto zatraženo)

Popunjava HZJZ

30.	Evidencijski broj:	
31.	Datum nastanka zarazne bolesti / utvrđivanja profesionalne bolesti:	
32.	Dijagnoza i šifra bolesti prema važećoj MKB:	
33.	Šifra bolesti prema zakonu kojim se uređuje lista profesionalnih bolesti:	

M.P.

Ime i prezime, potpis ovlaštene osobe

F) PODACI HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Popunjava 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 oboljeloj osobi) priznaje se profesionalna bolest i prava koja proizlaze iz priznate profesionalne bolesti.

Datum nastanka zarazne bolesti / utvrđivanja profesionalne bolesti		
Datum priznavanja profesionalne bolesti	Šifra prema MKB priznate profesionalne bolesti	Ime i prezime, potpis /elektronički potpis ovlaštene službene osobe
Evidencijski broj priznate profesionalne bolesti		M.P.

Dopuštena je žalba Direkciji Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u roku od 15 dana od dana zaprimanja ovjerene tiskanice Prijave o profesionalnoj bolesti. Žalba se predaje neposredno ili putem pošte odnosno usmeno na zapisnik područnom uredu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje gdje je tiskanica Prijave o profesionalnoj bolesti ovjerena.