



Tiskanica OR

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO)

OIB 02958272670

Datum primitka

Lokacija:

Redni broj slučaja

Pečat i potpis ovlaštenog radnika HZZO-a

PRIJAVA OZLJEDE NA RADU

A. PODACI O POSLODAVCU

Popunjava POSLODAVAC

| | | |
|-----|---|----------------------|
| 01. | Naziv: | |
| 02. | Adresa (sjedište): | |
| 03. | E-mail: | |
| 04. | OIB: | <input type="text"/> |
| 05. | Broj obveze obveznika uplate: | <input type="text"/> |
| 06. | Glavna gospodarska djelatnost (sukladno važećoj NKD klasifikaciji) | <input type="text"/> |
| 07. | Broj zaposlenih (šifra sukladno ESAW klasifikaciji) | <input type="text"/> |
| 08. | Ime, prezime izabranog doktora specijaliste medicine rada: | <input type="text"/> |

B. PODACI O OZLIJEĐENOJ OSIGURANOJ OSOBI

| | | |
|-----|--|--|
| 09. | Ime, ime roditelja, prezime: | <input type="text"/> |
| 10. | Datum rođenja (DD/MM/GGGG): | <input type="text"/> |
| 11. | Adresa stanovanja: | Ulica <input type="text"/> |
| | | Kućni broj <input type="text"/> |
| | | Mjesto <input type="text"/> |
| | | Poštanski broj <input type="text"/> |
| | | Telefon: <input type="text"/> E-mail: <input type="text"/> |
| 12. | OIB: | <input type="text"/> |
| 13. | Matični broj osigurane osobe (MBO): | <input type="text"/> |
| 14. | Spol: | <input type="text"/> |
| 15. | Državljanstvo: | <input type="text"/> |
| 16. | Osnova osiguranja: | <input type="text"/> |
| 17. | Vrsta ugovora o radu: | <input type="text"/> |
| 18. | Radno vrijeme na koje je ozlijeđena osoba zaposlena: | <input type="text"/> |
| 19. | Radno vrijeme ozlijeđene osobe na dan ozljede (od - do): | <input type="text"/> |
| 20. | Zanimanje ozlijeđene osobe (sukladno NKZ - 10 klasifikaciji): | <input type="text"/> |
| 21. | Koliko je sati ozlijeđena osoba radila toga radnog dana prije ozljede: | <input type="text"/> |
| 22. | Koliko je dugo osoba obavljala posao na kojem je ozlijeđena (godina, mjeseci, dana): | <input type="text"/> |

C. PODACI O OZLJEDI NA RADU

| | | |
|-----|---|----------------------|
| 23. | Datum ozljede (DD/MM/GGGG): | <input type="text"/> |
| 24. | Vrijeme ozljede | <input type="text"/> |
| 25. | Lokacija (adresa) gdje se ozljeda dogodila: | <input type="text"/> |
| 26. | Županija: | <input type="text"/> |
| 27. | Mjesto rada: | <input type="text"/> |
| 28. | Osoba je ozlijeđena za vrijeme rada | <input type="text"/> |
| 29. | Mjesta u vezi s radom: | <input type="text"/> |

| | |
|-----|--|
| 30. | <p>Radni okoliš (opisati mjesto rada, radni prostor ili općenito okoliš na kojem se nesreća dogodila):</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> |
|-----|--|

| | |
|-----|--|
| 31. | <p>Radni proces (opisati glavnu vrstu posla ili zadatka (općenita aktivnost) koju je ozlijeđeni izvodio u vrijeme kad se ozlijedio):</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> |
|-----|--|

| | |
|-----|--|
| 32. | <p>Specifična aktivnost u vrijeme ozljede (opisati konkretnu fizičku aktivnost koju je ozlijeđeni obavljao te alat, predmet ili spravu koju je koristio u trenutku ozljede):</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> |
|-----|--|

| | |
|-----|---|
| 33. | <p>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):</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> |
|-----|---|

| | |
|-----|--|
| 34. | <p>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):</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> |
|-----|--|

| | |
|-----|--|
| 35. | <p>Uzrok ozljede: <input style="width: 500px;" type="text"/></p> |
| 36. | <p>Je li procjenom rizika predviđeno korištenje osobnih zaštitnih sredstava? <input style="width: 50px;" type="checkbox"/></p> |
| 37. | <p>Jesu li korištena osobna zaštitna sredstva? <input style="width: 50px;" type="checkbox"/></p> |
| 38. | <p>Je li radnik osposobljen za rad na siguran način? <input style="width: 50px;" type="checkbox"/></p> |
| 39. | <p>Jesu li primijenjena osnovna pravila zaštite na radu? <input style="width: 50px;" type="checkbox"/></p> |
| 40. | <p>Jesu li primijenjena posebna pravila zaštite na radu? <input style="width: 50px;" type="checkbox"/></p> |

| | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 41. | Je li bila pružena prva pomoć: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. | Je li provedena interna istraga o ozljedi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| 43. | Je li obavljen očevid od strane policije? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. | Je li obavljen nadzor od strane inspektora rada za zaštitu na radu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D. PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODITELJU

| | | | | |
|-----|--------------------------|----------------------|----------|----------------------|
| 45. | Ime, prezime i funkcija: | <input type="text"/> | Telefon: | <input type="text"/> |
| 46. | Adresa stanovanja: | <input type="text"/> | E-mail: | <input type="text"/> |

E. PODACI O OČEVIDCU

| | | | | |
|-----|--------------------|----------------------|----------|----------------------|
| 47. | Ime, prezime: | <input type="text"/> | Telefon: | <input type="text"/> |
| 48. | Adresa stanovanja: | <input type="text"/> | E-mail: | <input type="text"/> |

F. PODACI O OSOBI KOJA JE POPUNILA TISKANICU PRIJAVE OZLJEDE NA RADU

| | | | | |
|-----|---------------|----------------------|----------|----------------------|
| 49. | Ime, prezime: | <input type="text"/> | Telefon: | <input type="text"/> |
| 50. | Radno mjesto: | <input type="text"/> | E-mail: | <input type="text"/> |

Datum podnošenja prijave (DD/MM/GGGG)

Ime i prezime / OIB ovlaštene osobe poslodavca

G. HRVATSKI ZAVOD 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 obveznoga zdravstvenog osiguranja osiguranoj osobi iz točke B. (Podaci o ozlijeđenoj osiguranoj osobi) priznaje se ozljeda na radu i prava koja iz nje proizlaze.

| | |
|---|--|
| _____ Datum nastanka ozljede na radu | _____ _____ _____ Ime i prezime, potpis /elektronički potpis ovlaštene službene osobe |
| _____ Datum priznavanja ozljede na radu | _____ _____ _____ M.P. |
| _____ Šifra prema MKB priznate ozljede na radu | _____ Datum donošenja |
| _____ Evidencijski broj priznate ozljede na radu | _____ Datum donošenja |

Dopuštena je žalba Direkciji Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u roku od 15 dana od dana primitka ovjerene tiskanice Prijava ozljede na radu. Žalba se predaje neposredno ili putem pošte odnosno usmeno na zapisnik područnom uredu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje gdje je tiskanica Prijava ozljede na radu ovjerena.

Datum primitka _____

Popunjava 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

51. Izvješće sačinjeno: **A)** Neposrednim pregledom **B)** Osnovom medicinske dokumentacije

52. Ime, prezime, adresa doktora koji je prvi pregledao ozlijeđenu osobu: _____

53. Naziv i adresa zdravstvene ustanove u kojoj je prvi puta pregledana ozlijeđena osoba: _____

54. Dijagnoza ozljede, naziv i šifra prema MKB: _____

55. Vanjski uzrok ozljede prema MKB (W01 - Z99): _____

56. Boluje li ozlijeđena osoba od drugih bolesti koje su za posljedicu mogle imati ozljedu?
 1 - DA, 2 - NE; Ako DA, navesti koje.

57. Boluje li ozlijeđena osoba od fizičkih ili psihičkih poteškoća koje su utjecale na nastanak ozljede?
 1 - DA, 2 - NE; Ako DA, navesti koje.

58. Je li izvršeno testiranje na alkohol ili druga opojna sredstva?

59. Težina ozljede: _____

60. Vrsta ozljede (šifre sukladno ESAW klasifikaciji): _____

61. Ozlijeđeni dio tijela (šifre sukladno ESAW klasifikaciji): _____

62. Napomena: _____

Datum popunjavanja (DD/MM/GGGG)

M.P.

Ime i prezime, potpis i faksimil izabranog doktora