



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:	
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 OSIGURANOJ 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: 1 - muški; 2 - ženski; 9 - nema podataka	
15.	Državljanstvo: 0 - nepoznato; 1 - hrvatsko; 2 - ostalo iz EU (upisati, ...); 3 - ostalo izvan EU (upisati, ...)	
16.	Osnova osiguranja: 000 - nepoznato; 100 - samozaposleni; 300 - zaposlenik; 400 - obiteljski radnik; 500 - naučnik/vježbenik; 900 - ostalo;	
17.	Vrsta ugovora o radu: 0 - nema podataka; 1 - neodređeno vrijeme; 2 - određeno vrijeme	
18.	Radno vrijeme na koje je ozlijeđena osoba zaposlena: 0 - nema podataka; 1 - puno radno vrijeme; 2 - nepuno radno vrijeme	
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 (upisati sat u kojem se ozljeda dogodila od 00 do 23, bez minuta; 99 - nepoznato):	
25.	Lokacija (adresa) gdje se ozljeda dogodila:	
26.	Županija (prema važećoj Nacionalnoj klasifikaciji prostornih jedinica za statistiku):	
27.	Mjesto rada: 0 - nema podataka; 1 - uobičajeno ili mjesto rada unutar lokalne jedinice; 2 - povremeno ili pokretno mjesto rada ili putovanje po nalogu poslodavca; 9 - ostala radna mjesta	
28.	Osoba je ozlijeđena za vrijeme rada: 0 - nepoznato; 1 - redovitog; 2 - produženog; 3 - izvanrednog	
29.	Mjesta u vezi s radom: 3 - na putu na posao; 4 - na putu s posla	

30.	Radni okoliš (opisati mjesto rada, radni prostor ili općenito okoliš na kojem se nesreća dogodila):
31.	Radni proces (opisati glavnu vrstu posla ili zadatka (općenita aktivnost) koju je ozlijeđeni izvodio u vrijeme kad se ozlijedio):
32.	Specifična aktivnost u vrijeme ozljede (opisati konkretnu fizičku aktivnost koju je ozlijeđeni obavljao te alat, predmet ili spravu koju je koristio u trenutku ozljede):
33.	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):
34.	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):
35.	Uzrok ozljede:
36.	Je li procjenom rizika predviđeno korištenje osobnih zaštitnih sredstava? 1 - da; 2 - ne ☐
37.	Jesu li korištena osobna zaštitna sredstva? 1 - da; 2 - ne ☐
38.	Je li radnik osposobljen za rad na siguran način? 1 - da; 2 - ne ☐
39.	Jesu li primijenjena osnovna pravila zaštite na radu? 1 - da; 2 - ne ☐
40.	Jesu li primijenjena posebna pravila zaštite na radu? 1 - da; 2 - ne ☐

41.	Je li bila pružena prva pomoć? 1 - da; 2 - ne; 3 - nema podataka	☐
42.	Je li provedena interna istraga o ozljedi? 1 - da; 2 - ne; ako DA, tko ju je proveo?	☐
43.	Je li obavljen očevid od strane policije? 1 - da; 2 - ne	☐
44.	Je li obavljen nadzor od strane inspektora rada za zaštitu na radu? 1 - da; 2 - ne	☐

D. PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODITELJU

45.	Ime, prezime i funkcija:	Telefon:
46.	Adresa stanovanja:	E-mail:

E. PODACI O OČEVIDCU

47.	Ime, prezime:	Telefon:
48.	Adresa stanovanja:	E-mail:

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

49.	Ime, prezime:	Telefon:
50.	Radno mjesto:	E-mail:

Datum podnošenja prijave (DD/MM/GGGG)

Ime i prezime / OIB ovlaštene osobe poslodavca i potpis/digitalni potpis

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 / digitalni potpis ovlaštene službene osobe
Datum priznavanja ozljede na radu		

M.P.

Šifra prema MKB priznate ozljede na radu

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 (DD/MM/GGGG)

Datum nastanka ozljede na radu
(DD/MM/GGGG)

Popunjiva izabrani doktor

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

Šifra zdr. ustanove - ordinacije
privatne prakse

Šifra ugovornog doktora

Naziv poslodavca

OIB poslodavca

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? 1 - DA, 2 - NE, 9 - Nema podataka; Ako DA, navesti koje i rezultat.

59. Težina ozljede: 1 - lakša; 2 - teška; 4 - smrtna

60. Vrsta ozljede (šifre sukladno ESAW klasifikaciji):

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

62. Napomena:

M.P.

Datum popunjavanja (DD/MM/GGGG)

Ime i prezime, potpis i faksimil izabranog doktora