

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO)

OIB 02958272670

Datum primitka

Lokacija:

Redni broj slučaja

Pečat i potpis ovlaštenog radnika HZZO-a

## PRIJAVA PROFESIONALNE 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 OSIGURANOJ 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)			
20.	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Jesu li korištena osobna zaštitna sredstva? 1 - DA, 2 - NE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Jesu li primijenjena osnovna pravila zaštite na radu? 1 - DA, 2 - NE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Jesu li primijenjena posebna pravila zaštite na radu? 1 - DA, 2 - NE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### C. PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODITELJU

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

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:	<input type="text"/>
28.	Šifra bolesti prema zakonu kojim se uređuje lista profesionalnih bolesti:	<input type="text"/>
29.	Mišljenje ordinacije medicine rada o postojanju profesionalne bolesti*	Broj: <input type="text"/> Datum: <input type="text"/>
	Ime, prezime izabranog doktora specijalista medicine rada	<input type="text"/>

\* 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:	<input type="text"/>
31.	Datum nastanka zarazne bolesti / utvrđivanja profesionalne bolesti:	<input type="text"/>
32.	Dijagnoza i šifra bolesti prema važećoj MKB:	<input type="text"/>
33.	Šifra bolesti prema zakonu kojim se uređuje lista profesionalnih bolesti:	<input type="text"/>

M.P.

Ime i prezime, potpis ovlaštene osobe

### F. 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 oboljeloj osiguranoj osobi) priznaje se profesionalna bolest i prava koja iz nje proizlaze.

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

M.P.

Evidencijski broj priznate profesionalne bolesti

Datum donošenja

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