

Tiskanica PB**Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje**

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		
		Poštanski broj		
		Telefon:	E-mail:	
11.	OIB:			
12.	Matični broj osigurane osobe (MBO):			
13.	Spol: 1 - muški; 2 - ženski; 9 - nema podataka			
14.	Državljanstvo: 0 - nepoznato; 1 - hrvatsko; 2 - ostalo iz EU (upisati.....); 3 - ostalo izvan EU (upisati.....)			
15.	Osnova osiguranja: 000 - nepoznato; 100 - samozaposleni; 300 - zaposlenik; 400 - obiteljski radnik; 500 - naučnik/vježbenik; 900 - ostalo			
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 - 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?			
20.				

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 i potpis/digitalni potpis		

D. PODACI O BOLESTI

Popunjava izabrani doktor obiteljske (opće) medicine

27.	Dijagnoza bolesti, naziv i šifra prema		
	važućoj MKB:		
28.	Šifra bolesti prema zakonu kojim se uređuje lista profesionalnih bolesti:		
29.	Mišljenje ordinacije medicine rada o postojanju	Broj:	
	profesionalne bolesti*	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)

Popunjava HZJZ

30.	Evidencijski broj:	
31.	Datum nastanka zarazne bolesti / utvrđivanja profesionalne bolesti:	
32.	Dijagnoza i šifra bolesti prema važućoj	
	MKB:	
33.	Šifra bolesti prema zakonu kojim se uređuje lista profesionalnih bolesti:	
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.		
_____	_____	Ime i prezime, potpis /elektronički potpis ovlaštene službene osobe
Datum nastanka zarazne bolesti / utvrđivanja profesionalne bolesti	_____	
_____	_____	M.P. _____ Datum donošenja
Datum priznavanja profesionalne bolesti	Šifra prema MKB priznate profesionalne bolesti	
_____ / _____ Evidencijski broj priznate profesionalne bolesti		
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.		