

# HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

834

Na osnovi članka 128. stavka 4. i članka 131. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (»Narodne novine«, broj 80/13., 137/13. i 98/19.) te članka 26. točke 1.a Statuta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (»Narodne novine«, broj 18/09., 33/10., 08/11., 18/13., 1/14. i 83/15.) Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo, na 55. izvanrednoj sjednici održanoj 16. ožujka 2020. godine donijelo je

## PRAVILNIK

### O IZMJENAMA PRAVILNIKA O PRAVIMA, UVJETIMA I NAČINU OSTVARIVANJA PRAVA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U SLUČAJU OZLJEDE NA RADU I PROFESIONALNE BOLESTI

#### Članak 1.

U Pravilniku o pravima uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja u slučaju ozljede na radu i profesionalne bolesti (»Narodne novine«, broj 75/14., 154/14., 79/15., 139/15., 105/16., 40/17., 66/17., 109/17., 132/17., 119/18., 41/19. i 22/20.), u članku 11. stavku 1. riječi: »od dana nastanka ozljede na radu« zamjenjuju se riječima: »od datuma nastanka ozljede na radu, od datuma nastanka zarazne bolesti kao profesionalne bolesti«.

#### Članak 2.

Tiskanica »Prijava o profesionalnoj bolesti« iz članka 41. stavka 1. mijenja se, a njezin oblik i sadržaj otisnut je uz ovaj Pravilnik i čini njegov sastavni dio.

#### Članak 3.

Postupci utvrđivanja i priznavanja profesionalne bolesti koji su započeti, a nisu riješeni do dana stupanja na snagu ovoga Pravilnika dovršit će se prema odredbama ovoga Pravilnika.

#### Članak 4.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu prvoga dana od dana objave u »Narodnim novinama«.

Klasa: 025-04/20-01/64

Urbroj: 338-01-01-20-01

Zagreb, 16. ožujka 2020.

Predsjednik  
Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda  
za zdravstveno osiguranje  
**prof. dr. sc. Drago Prgomet, dr. med. spec., v. r.**

Lokacija: \_\_\_\_\_

Datum prijave

Radni broj osobe

Pola i popis oboljelog radnika

## PRIJAVA O PROFESIONALNOJ BOLESTI

## A) PODACI O POSLODAVCU

Ispunjava POSLODAVAC

01. Naziv:	
02. Adresa (grad):	
03. E-mail:	
04. OIB:	
05. Broj obaveze obveznika uplate:	
06. Glavna gospodarska djelatnost (stavci i šifra prema mrežici) - uključeno uključujući MKZ klasifikaciju:	
07. Broj zaposlenih:	

## B) PODACI O OBOLJELOJ OSOBI

08. Ime, ime roditelja, prezime:	
09. Datum rođenja (ggggg/oooo):	
10. Adresa stanovanja:	Ulica
	Kućni broj
	Mjesto
	Poštanski broj
	Telefon: E-mail:
11. OIB:	
12. Matični broj osigurane osobe:	
13. Spol: 1 - muški; 2 - ženski; 9 - nema podataka	
14. Državljanstvo: 0 - nepoznato; 1 - hrvatsko; 2 - ostalo iz EU (stavci .....); 3 - ostalo izvan EU (stavci .....)	
15. Osnova osiguranja:	
16. Posao koji sada obavlja u redovnom radu (stavci i šifra prema mrežici) - uključeno MKZ - 10 klasifikaciji:	
17. Koliko dugo obavlja sadašnji posao (ggg):	
18. Posao koji je obavljala ranije, a za koji se pretpostavlja da je izazvao profesionalnu bolest	uključeno MKZ - 10 klasifikaciji: mogućije u kojem je obavljala taj posao (godina od - do):
19. Jesu li obavljani zdravstveni pregledi prema Pravilniku o poslovima s posebnim uvjetima rada: 0 - ne, 1 - da	(stavci prema Pravilniku o poslovima s posebnim uvjetima rada)
20. Jesu li obavljani zdravstveni pregledi prema drugim propisima iz čl.2 Pravilnika o poslovima na kojima radnik može raditi samo nakon prethodnog i redovnog utvrđivanja zdravstvene sposobnosti?	
21. Je li radnik osposobljen za rad na sigurn 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:
_____	_____
_____	_____

\_\_\_\_\_ M.P.  
 Datum podnošenja prijave (DD/MM/YYYY):

\_\_\_\_\_  
 IME, PREZIME, potpis odgovorne osobe podnosioca

D) PODACI O BOLESTI

Ispunjava izabрани doktor opće/obiteljske medicine

27.	Dijagnoza bolesti, naziv i šifra prema važećoj MKB:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
28.	Šifra bolesti prema važećem Zakonu o listi profesionalnih bolesti:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
29.	Datum mišljenja ordinacije medicine rada o postojanju profesionalne bolesti *	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ime, prezime izabranog doktora specijalista medicine rada:		_____							

\* obvezno priložiti

\_\_\_\_\_ M.P.  
 Datum popunjavanja prijave (DD/MM/YYYY):

\_\_\_\_\_  
 IME, PREZIME, potpis i šifra izabranog doktora

E) MIŠLJENJE HRVATSKOG ZAVODA ZA JAVNO ZDRAVSTVO

Ispunjava HZJZ

30.	Evidencijski broj:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
31.	Datum nastanka zarazne bolesti / utvrđivanja profesionalne bolesti:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
32.	Dijagnoza i šifra bolesti prema važećoj MKB:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
33.	Šifra bolesti prema važećem Zakonu o listi profesionalnih bolesti:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

M.P.

\_\_\_\_\_  
 IME, PREZIME, potpis ovlaštene osobe

F) PODACI HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Ispunjava ZAVOD

Zavod temeljem čl.125. st.1. toč.1. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju ("Narodne Novine", broj 80/15 i 137/13), u području utvrđivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja zaštite zdravlja na radu priznaje prava osnovom profesionalne bolesti osiguranoj osobi iz točke II (Podaci o oboljeloj osobi).

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Datum nastanka zarazne bolesti / utvrđivanja prof. bolesti					_____				
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Datum primanja prof. bolesti					Šifra prema MKB primarne profesionalne bolesti				
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Evidencijski broj primarne profesionalne bolesti									

\_\_\_\_\_  
 IME, PREZIME, potpis voditelja postolja

M.P.

Dopuštena je falša Direkciji Zavoda u roku od 15 dana od dana primitka ovjerene fotokopije Prijave o profesionalnoj bolesti. Žalba se podnosi putem nadležnog Regionalnog ureda odnosno Područne službe koja je talascirala Prijavu o profesionalnoj bolesti i ovjerila.