

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum primitka

Lokacija:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Redni broj slučaja

Pečat i potpis ovlaštenog radnika

PRIJAVA O PROFESIONALNOJ BOLESTI

A) PODACI O POSLODAVCU

Ispunjava POSLODAVAC

01. Naziv:	.....
02. Adresa (sjedište):	.....
03. E-mail:	.....
04. OIB:	.....
05. Broj obveze obveznika uplate: /
06. Glavna gospodarska djelatnost (naziv i šifra prema razredu) - sukladno važećoj NKD klasifikaciji:	.....
07. Broj zaposlenih :	.....

B) PODACI O OBOLJELOJ OSOBI

08. Ime, ime roditelja, prezime:	.....
09. Datum rođenja (DD/MM/GGGG):	.....
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 (upisati); 3 - ostalo izvan EU (upisati.....)	.....
15. Osnova osiguranja: 000-nepoznato; 100-samozaposleni; 300-zaposlenik; 400-obiteljski radnik; 500-naučnik/vježbenik, 600-umirovljenik; 900-ostalo	.....
16. Posao koji sada obavlja u redovitom radu (naziv i šifra prema skupini) - sukladno NKZ - 10 klasifikaciji:	.....
17. Koliko dugo obavlja sadašnji posao (GG):	.....
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 Pravilniku o poslovima s posebnim uvjetima rada: 0 - ne, 1 - 56 da (točke popisa Pravilnika 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? 1 - da, 2 - ne (Ako da, navesti koji)	.....
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):

M.P.

IME, PREZIME, potpis odgovorne osobe poslodavca

D) PODACI O BOLESTI

Ispunjava izabrani doktor opće/obiteljske medicine

27.	Dijagnoza bolesti, naziv i šifra prema važećoj MKB:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

28. Šifra bolesti prema važećem Zakonu o listi profesionalnih bolesti: _____

29. Broj _____

Datum mišljenja ordinacije medicine rada o postojanju profesionalne bolesti * _____

Ime, prezime izabranog doktora specijalista medicine rada: _____

* obvezno priložiti

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum popunjavanja prijave (DD/MM/GGGG)

M.P.

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 80/13 i 137/13), u predmetu utvrđivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja zaštite zdravlja na radu priznaje prava osnovom profesionalne bolesti osiguranoj osobi iz točke B (Podaci o oboljeloj osobi).

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum nastanka zarazne bolesti / utvrđivanja prof. bolesti

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum priznavanja prof. bolesti

--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra prema MKB priznate profesionalne bolesti

IME, PREZIME, potpis voditelja postupka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Evidencijski broj priznate profesionalne bolesti

M.P.

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