

Područni ured _____

(datum primitka)	(šifra ovlaštenog radnika)
(redni broj prijave)	(Pečat i potpis ovlaštenog radnika)
Ispunjava Područni ured Zavoda	

PRIJAVA O OZLJEDI NA RADU**I. PODACI O OBVEZNIKU PRIJAVE (POPUNJAVA POSLODAVAC)**

Redni broj	PITANJA		ODGOVORI (ispunjava obveznik podnošenja prijave)
1	Obveznik podnošenja prijave (poslodavac)	Puni naziv (za privatnog poslodavca ime i prezime)	
2		OIB	
3		Broj obveze obveznika	
4		Vrsta i grana djelatnosti i šifra po NKD	
5		Puna adresa (mjesto, ulica i broj, općina - za brodove ime broda) a) sjedišta b) mjesta rada	
6		Veličina poduzeća (broj zaposlenih)	
7		Ekonomska aktivnost poslodavca i jedinice ukoliko se razlikuje od glavne djelatnosti *	

II. PODACI O OZLIJEĐENOJ OSOBI

8	Ime, ime roditelja i prezime ozlijeđene osobe		
9	Broj osigurane osobe Zavoda		
10	OIB		
11	Osnova osiguranja, status zaposlenja 1. zaposlenik 2. samozaposlenik 3. drugo		
12	Spol (muški - ženski)		
13	Kada i gdje je rođena	Datum (dan, mjesec i godina)	
14		Mjesto	
15		Općina	
16	Prebivalište	Mjesto	
17		Adresa (ulica i broj)	
18		Općina	
19		Županija	
20	Zanimanje (posao koji obavlja u svom redovitom radu po NKZ)		

21	Školska sprema (I - VII stupnja)	
22	Stručno obrazovanje (NKV, VKV, SSS, VŠS, VSS)	
23	Stručna sprema za rad na radnom mjestu (NKV, VKV, SSS, VŠS, VSS)	
24	Vrsta rada: 1.rad na određeno vrijeme 2.rad na neodređeno 3.povremeni poslovi na ugovor 4.školovanje 5.ostalo	
25	Ozljeda se dogodila na: 1. redovitim poslovima na radnom mjestu 2. povremenim poslovima na drugom radnom mjestu	
26	Rad u punom radnom vremenu, rad s djelomičnim radnim vremenom	
27	Da li je osposobljena iz zaštite na radu za rad na siguran način za poslove koje obavlja (da - ne)	
28	Posao koji je radila u trenutku kada se dogodila ozljeda	
29	Koliko je dugo ozlijeđena osoba radila posao na kome je ozlijeđena (tijekom svog radnog staža)	
30	Koliko je sati osoba radila toga radnog dana prije ozljede (navesti broj sati)	
31	Da li je ozlijeđena za vrijeme redovitog, produženog ili izvanrednog rada	
32	Radnik se već ranije ozlijeđivao na radu: 1. posljednjih 1 godinu 2. posljednjih 1-5 godina 3. posljednjih 5 i više	

III. PODACI O OZLJEDI NA RADU

33		Datum (dan, mjesec i godina)		
34	Kada se ozljeda dogodila	Dan u tjednu		
35		Doba dana (od 0 do 24 sata)		
36		Na mjestu obavljanja poslova odnosno rad.zadaća (da-ne). Ako je odgovor "da", pobliže opisati mjesto.		
37	Gdje se ozljeda dogodila	Na redovnom putu	od stana do stalnog mjesta rada (da-ne)	
38			od stalnog mjesta rada do stana (da-ne)	
39		Na službenom putu (da-ne)		
40		Ostalo (na nekom drugom mjestu)		
41	Način nastanka ozljede		<input type="checkbox"/> (oznaka)	
42	Izvor ozljede		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (oznaka)	
43	Uzrok ozljede		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (oznaka)	
44	Da li su na dotičnom poslu utvrđene opasnosti i štetnosti (da-ne) (opisati vrstu opasnosti i štetnosti)			
45	Korištenje osobnih zaštitnih sredstava	Da li je bilo naređeno korištenje osobnih zaštitnih sredstava (da-ne)		
46		Da li su korištena osobna zaštitna sredstva (da-ne)		
47	Da li su primjenjena osnovna pravila zaštite na radu (da-ne)			
48	Da li su primjenjena posebna pravila zaštite na radu (da-ne)			

49	Da li je obavljen uviđaj od strane policije (da-ne)	
50	Da li je obavljen uviđaj od strane inspekcije zaštite na radu (da-ne) ako da, navesti ime inspektora zaštite na radu	

IV. PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODITELJU

51	Ime, prezime i funkcija	
52	Adresa prebivališta	

V. PODACI O OČEVIDCU

53	Ime i prezime	
54	Adresa prebivališta	

Klasa: _____

Ur.broj: _____

Mjesto: _____

Datum podnošenja prijave: _____

Da li je obaviještena služba inspekcije rada (da-ne)	
--	--

Ime, prezime i funkcija odgovorne osobe	M.P.	Potpis odgovorne osobe

* Radi se o zaposleniku poslodavca koji obavlja poslove koji se razlikuju od poslova osnovne djelatnosti (npr. kuhar u građevinskoj djelatnosti)

VI. IZVJEŠĆE IZABRANOG DOKTORA OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE

55	Ime i prezime, adresa doktora koji je pregledao ozlijeđenu osobu	
56	Naziv i adresa zdravstvene ustanove u kojoj je pregledana ozlijeđena osoba	
57	Tko je ozlijeđenoj osobi pružio prvu pomoć	
58	Kratak opis ozljede prema iskazu ozlijeđene osobe	
59	Dijagnoza ozljede, naziv i šifra prema MKB	
60	Vanjski uzrok ozljede prema MKB (W01-Z99)	
61	Boluje li ozlijeđena osoba od drugih bolesti i kojih (šifra prema MKB)	
62	Ima li ozlijeđena osoba tjelesnih i psihičkih nedostataka i kojih	
63	Da li je ozlijeđena osoba bila pod utjecajem alkohola ili drugih opojnih sredstava	
64	Da li je izvršeno testiranje (da-ne), ako da, navesti rezultat	
65	Mišljenja sam: radi se o ozljedi na radu 2. ne radi se o ozljedi na radu	1.

U _____, _____ godine

M.P.

(Potpis i šifra izabranog
doktora opće/obiteljske medicine)

VII. PODACI HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Datum priznavanja ozljede na radu	Datum nastanka ozljede na radu	Evidencijski broj, šifra prema MKB priznate ozljede na radu	Šifra i potpis ovlaštene osobe Zavoda	M.P.