

**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZAŠTITE ZDRAVLJA NA RADU**

Područna služba HZZOZZR	Broj osigurane osobe
Broj obveze	
Ime i prezime	
Godina rođenja i MB osigurane osobe	
Grad/naselje	Ulica i broj

ZDRAVSTVENA USTANOVA - TRGOVAČKO DRUŠTVO - ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE

Šifra zdravstvene ustanove-trgovačkog društva - ordinacije privatne prakse:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Šifra doktora specijaliste medicine rada

<input type="text"/>	<input type="text"/>	M	Ž	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Država		Spol		Kat. osig.		

**IZVJEŠĆE O BOLOVANJU**

**1. ŠIFRE UZROKA BOLOVANJA**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		1) Ozljeda na radu	2) Profesion. oboljenje								
		B0	C0								

**1. PODACI O BOLOVANJU**

Šifra uzroka bolovanja	Šifra MKB	početna	završna	Komorbidityne šifre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum bolovanja	Bolovanje korišteno na osnovi:			
prvi	nastavni <sup>4)</sup>	Evidencijski broj i godina priznate OR/PB <sup>6)</sup>		LP - HZMR: _____ <sup>9)</sup>
posljednji		Čl. 57. Zak. o zdrav.* osig. zašt. zdr. na radu		Klasa: _____
		Broj evidencije prijave ozljede/bolesti <sup>7)</sup>		Ur. br.: _____
		OR <input type="text"/> / <input type="text"/>		Datum: <input type="text"/>
		PB <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Trajanje bolovanja	od	do	Broj sati u tijeku dana <sup>5)</sup>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Datum

M.P.

Potpis i faksimil doktora specijaliste medicine rada

**2. OBRAČUN NAKNADE PLAĆE OSIGURANIKU**

Bolovanje		Broj		Osnovica za obračun	Obračun za isplatu	
Od	Do	Dana	Sati	Po satu	Po satu	Ukupno
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					

Obveznik uplate doprinosa je isplatio naknadu plaće dana

M.P. \_\_\_\_\_ Potpis

**3. KONTROLA OBRAČUNA U ZAVODU**

Obračunao:	Kontrolirao:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Legenda:
- 1) i 2) - zaokružiti samo ako je popunjen podatak pod 6)
  - 3) - zaokružiti samo na osnovi rješenja Zavoda
  - 4) - upisuje se prvi dan nastavnog bolovanja
  - 5) - popunjava se kada bolovanje traje samo jedan dan
  - 6) - upisuje se evidencijski broj priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti
  - 7) - upisuje se broj evidencije OR/PB
  - 9) - upisuje se iz tiskanice nalaza, ocjene i mišljenja liječničkog povjerenstva Hrvatskog zavoda za medicinu rada

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ god.