

Područna služba _____

Ispostava _____

(adresa)

Tiskanica OR

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

PRIJAVA O OZLJEDI NA RADU

I. PODACI O OBVEZNIKU PRIJAVE

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

II. PODACI O OZLIJEĐENOJ OSOBI

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

17	Školska sprema	
18	Stručno obrazovanje	
19	Stručna sprema za rad na radnom mjestu	
20	Poslovi koje obavlja	
21	Vrsta rada: rad na određeno vrijeme, rad na neodređeno, povremeni poslovi na ugovor	
22	Ozljeda se dogodila na: redovitom radnom mjestu, na povremenim poslovima izvan redovitog posla	
23	Rad u punom radnom vremenu, rad s djelomičnim radnim vremenom	
24	Da li je osposobljena iz zaštite na radu za poslove koje obavlja (da - ne)	
25	Posao koji je radila u trenutku kada se dogodila ozljeda	
26	Koliko je dugo ozlijeđena radila posao na kome je ozlijeđena (tijekom svog radnog staža)	
27	Koliko je sati radila toga radnog dana prije ozljede (navesti broj sati)	
28	Da li je ozlijeđena za vrijeme redovitog, produženog ili izvanrednog rada	
29	Ozlijeđeni dio tijela	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (oznaka)
30	Priroda ozljede (npr: prijelom, iščašenje, opekline)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (oznaka)

III. PODACI O OZLJEDI NA RADU

31		Datum (dan, mjesec i godina)		
32	Kada se ozljeda dogodila	Dan u tjednu		
33		Doba dana (od 0 do 24 sata)		
34		Na mjestu obavljanja poslova odnosno rad.zadaca (da-ne). Ako je odgovor "da", pobliže opisati mjesto.		
35	Gdje se ozljeda dogodila	Na redovnom putu	od stana do stalnog mjesta rada (da-ne)	
36			od stalnog mjesta rada do stana (da-ne)	
37		Na službenom putu (da-ne)		
38		Ostalo (na nekom drugom mjestu)		

39	Način nastanka ozljede	<input type="checkbox"/>	(oznaka)
40	Izvor ozljede	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(oznaka)
41	Uzrok ozljede	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(oznaka)
42	Težina ozljede		
43	Da li su na dotičnom poslu utvrđene opasnosti i štetnosti (da-ne) (opisati vrstu opasnosti i štetnosti)		
44	Korištenje osobnih zaštitnih sredstava	Da li je bilo naređeno korištenje osobnih zaštitnih sredstava (da- ne)	
45		Da li su korištena osobna zaštitna sredstva (da-ne)	
46	Da li su primjenjena osnovna pravila zaštite na radu (da-ne)		
47	Da li su primjenjena posebna pravila zaštite na radu (da-ne)		

IV. PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODITELJU

48	Ime, prezime i funkcija	
49	Adresa prebivališta	

V. PODACI O OČEVIDCU

49	Ime i prezime	
50	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

VI. IZVJEŠĆE DOKTORA MEDICINE KOJI JE PREGLEDAO OZLIJEĐENU OSOBU

51	Ime i prezime, adresa doktora koji je pregledao ozlijeđenu osobu	
52	Naziv i adresa zdravstvene ustanove u kojoj je pregledana ozlijeđena osoba	
53	Tko je ozlijeđenoj osobi pružio prvu pomoć	
54	Kratak opis ozljede prema iskazu ozlijeđene osobe	
55	Ozlijeđeni dio tijela - naziv i šifra prema MKB	
56	Priroda ozljede - naziv i šifra prema MKB	
57	Boluje li ozlijeđena osoba od drugih bolesti i kojih (šifra prema MKB)	
58	Ima li ozlijeđena osoba tjelesnih i psihičkih nedostataka i kojih	
59	Da li je ozlijeđena osoba bila pod utjecajem alkohola i ako jest, navesti stupanj alkoholiziranosti	
60	Koliko će približno trajati nesposobnost za rad zbog ozljede	
61	Bolovanje do 3 dana	
62	Bolovanje preko 3 dana	
63	Druge primjedbe doktora medicine	

U _____, _____ godine

M.P.

(Potpis i šifra izabranog
doktora medicine rada)

VII. PODACI HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZAŠTITE ZDRAVLJA NA RADU

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.