

Tiskanica OR

Ispunjava ZAVOD

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

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

Datum primitka

Lokacija

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

Redni broj slučaja

Pečat i potpis ovlaštenog radnika

PRIJAVA O OZLJEDI NA RADU

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 (šifra sukladno ESAW klasifikaciji):																			
08.	Ime, prezime izabranog doktora specijaliste medicine rada:																			

B) PODACI O OZLIJEĐENOJ OSOBI

09.	Ime, ime roditelja, prezime:																			
10.	Datum rođenja (DD/MM/GGGG):																			
11.	Adresa stanovanja:	Ulica																		
		Kućni broj																		
		Mjesto																		
		Poštanski broj																		
	Telefon:																			
	E-mail:																			
12.	OIB:																			
13.	Matični broj osigurane osobe:																			
14.	Spol : 1 - muški; 2 - ženski; 9 - nema podataka																			
15.	Državljanstvo: 0 - nepoznato; 1 - hrvatsko; 2 - ostalo iz EU (upisati); 3 - ostalo izvan EU (upisati.....)																			
16.	Osnova osiguranja: 000 - nepoznato; 100 - samozaposleni; 300 - zaposlenik; 400 - obiteljski radnik; 500 - naučnik/vježbenik, 900 - ostalo																			
17.	Vrsta ugovora o radu: 0 - nema podataka; 1 - neodređeno; 2 - određeno																			
18.	Radno vrijeme na koje je ozlijeđena osoba zaposlena: 0 - nema podataka; 1 - puno radno vrijeme; 2 - nepuno radno vrijeme																			
19.	Radno vrijeme ozlijeđene osobe na dan ozljede (od - do):																			
20.	Zanimanje ozlijeđene osobe (naziv i šifra prema skupini) - sukladno NKZ - 10 klasifikaciji:																			
21.	Koliko je sati ozlijeđena osoba radila toga radnog dana prije ozljede:																			
22.	Koliko je dugo osoba obavljala posao na kojem je ozlijeđena (godina, mjeseci, dana):																			

C) PODACI O OZLJEDI NA RADU

23.	Datum ozljede (DD/MM/GGGG):																			
24.	Vrijeme ozljede (upisati sat u kojem se ozljeda dogodila od 00 do 23, bez minuta; 99 - nepoznato):																			
25.	Lokacija (adresa) gdje se ozljeda dogodila:																			

26.	Županija (prema važećoj Nacionalnoj klasifikaciji prostornih jedinica za statistiku);						
27.	Težina ozljede: 1 - lakša; 2 - teška; 3 - skupna; 4 - smrtna						
28.	Vrsta ozljede (šifre sukladno ESAW klasifikaciji):						
29.	Ozlijeđeni dio tijela (šifre sukladno ESAW klasifikaciji):						
30.	Mjesto rada: 0 - nema podataka; 1 - uobičajeno ili mjesto rada unutar lokalne jedinice; 2 - povremeno ili pokretno mjesto rada ili putovanje po nalogu poslodavca; 9 - ostala radna mjesta						
31.	Osoba je ozlijeđena za vrijeme rada: 0 - nepoznato; 1 - redovitog; 2 - produženog; 3 - izvanrednog						
32.	Mjesta u vezi s radom: 3 - na putu na posao; 4 - na putu s posla						
33.	Radni okoliš (opisati mjesto rada, radni prostor ili općenito okoliš na kojem se nesreća dogodila):						
34.	Radni proces (opisati glavnu vrstu posla ili zadatka (općenita aktivnost) koju je ozlijeđeni izvodio u vrijeme kad se ozlijedio):						
35.	Specifična aktivnost u vrijeme ozljede (opisati konkretnu fizičku aktivnost koju je ozlijeđeni obavljao, te alat, predmet ili spravu koju je koristio u trenutku nesreće):						
36.	Poremećaj u radnom procesu (opisati posljednji događaj koji je odstupio od normalnog i doveo do nesreće, te alat, predmet ili spravu koja je uključena u neuobičajeni događaj):						

37.	Kontakt - način ozljeđivanja (opisati način na koji je ozljeđeni zadobio fizičku ili mentalnu traumu, te alat, predmet ili spravu s kojom je ozljeđeni došao u kontakt ili psihološki način ozljeđivanja):				
38.	Uzrok ozljede:				
39.	Je li procjenom rizika predviđeno korištenje osobnih zaštitnih sredstava? 1 - da, 2 - ne				
40.	Jesu li korištena osobna zaštitna sredstva? 1 - da, 2 - ne				
41.	Je li radnik osposobljen za rad na siguran način? 1 - da, 2 - ne				
42.	Jesu li primijenjena osnovna pravila zaštite na radu? 1 - da, 2 - ne				
43.	Jesu li primijenjena posebna pravila zaštite na radu? 1 - da, 2 - ne				
44.	Je li bila pružena prva pomoć: 1 - da; 2 - ne; 3 - nema podataka				
45.	Je li provedena interna istraga o ozljedi? 1 - da, 2 - ne; Ako DA, tko ju je proveo?				
46.	Je li obavljen očevid od strane policije? 1 - da, 2 - ne				
47.	Je li obavljen nadzor od strane inspektora rada za zaštitu na radu? 1 - da, 2 - ne				

D) PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODITELJU

48.	Ime, prezime i funkcija:	Telefon:
49.	Adresa stanovanja:	E-mail:

E) PODACI O OČEVIDCU

50.	Ime, prezime:	Telefon:
51.	Adresa stanovanja:	E-mail:

F) PODACI O OSOBI KOJA JE POPUNILA TISKANICU PRIJAVE O OZLJEDI NA RADU

52.	Ime, prezime:	Telefon:
53.	Radno mjesto:	E-mail:

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

Datum podnošenja prijave (DD/MM/GGGG)

M.P.

IME, PREZIME, potpis odgovorne osobe poslodavca

G) IZVJEŠĆE IZABRANOG DOKTORA OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE Ispunjava izabrani doktor

54.	Izvešće sačinjeno: A) Neposrednim pregledom: B) Osnovom medicinske dokumentacije								
55.	Ime, prezime, adresa doktora koji je prvi pregledao ozlijeđenu osobu:								
56.	Naziv i adresa zdravstvene ustanove u kojoj je prvi puta pregledana ozlijeđena osoba:								
57.	Dijagnoza ozljede, naziv i šifra prema važećoj MKB:								
58.	Vanjski uzrok ozljede prema MKB (W01 - Z99):								
59.	Boluje li ozlijeđena osoba od drugih bolesti, koje su za posljedicu mogle imati ozljedu? 1 - da, 2 - ne; Ako DA, navesti koje.								
60.	Boluje li ozlijeđena osoba od fizičkih ili psihičkih poteškoća koje su utjecale na nastanak ozljede? 1 - da, 2 - ne; Ako DA, navesti koje.								
61.	Je li izvršeno testiranje na alkohol ili druga opojna sredstva? 1 - da, 2 - ne, 9 - nema podataka; Ako DA, navesti rezultat.								
62.	Napomena:								

Datum popunjavanja prijave (DD/MM/GGGG)

M.P.

IME, PREZIME, potpis i šifra izabranog doktora

H) PODACI HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Ispunjava ZAVOD

Datum nastanka ozljede na radu

Datum priznavanja ozljede na radu

IME, PREZIME, potpis voditelja postupka

Šifra prema MKB priznate ozljede na radu

M.P.

Evidencijski broj priznate ozljede na radu

22.	Je li radnik osposobljen za rad na siguran način za posao na radnom mjestu na kojem je obolio od profesionalne bolesti? 1 - da, 2 - ne	
23.	Je li procjenom rizika predviđeno korištenje osobnih zaštitnih sredstava? 1 - da, 2 - ne	
24.	Jesu li korištena osobna zaštitna sredstva? 1 - da, 2 - ne	
25.	Jesu li primijenjena osnovna pravila zaštite na radu? 1 - da, 2 - ne	
26.	Jesu li primijenjena posebna pravila zaštite na radu? 1 - da, 2 - ne	

C) PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODITELJU

27.	Ime, prezime i funkcija:	Telefon:
28.	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**

29.	Dijagnoza bolesti, naziv i šifra prema važećoj MKB:								
30.	Šifra bolesti prema važećem Zakonu o listi profesionalnih bolesti:								
31.	Broj datum mišljenja ordinacije medicine rada o postojanju profesionalne bolesti *								
	naziv ordinacije medicine rada:								

* obvezno priložiti

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

Datum popunjavanja prijave (DD/MM/GGGG)

M.P.

IME, PREZIME, potpis i šifra izabranog doktora

E) MIŠLJENJE HRVATSKOG ZAVODA ZA ZAŠTITU ZDRAVLJA I SIGURNOST NA RADU**Ispunjava HZZSR**

32.	Evidencijski broj:								
33.	Datum utvrđivanja profesionalne bolesti:								
34.	Dijagnoza i šifra bolesti prema važećoj MKB:								
35.	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**

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

Datum utvrđivanja prof. bolesti

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

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

Datum priznavanja prof. bolesti

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

Šifra prema MKB priznate profesionalne bolesti

IME, PREZIME, potpis voditelja postupka

M.P.

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

Evidencijski broj priznate profesionalne bolesti

TISKANICA - 5

<p>PRIJAVA - ODJAVA - PROMJENA na obvezno zdravstveno osiguranje za slučaj ozljede na radu odnosno profesionalne bolesti HRVATSKOM ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE</p>	Broj osigurane osobe u Zavodu
	MB osigurane osobe u Zavodu
Lokacija	

1. PODATCI O OBVEZNIKU UPLETE DOPRINOSA

Broj obveze	Naziv obveznika uplate
Adresa sjedišta	OIB

2. PODATCI O OSIGURANOJ OSOBI

MBG	Datum rođenja	*Spol
OIB		M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Prezime:	Ime:	
Ranija prezimena	Ime roditelja	
Adresa: P - prebivalište	Adresa: B - boravak od _____ do _____	
Pošanski broj, naziv pošte	Poštanski broj, naziv pošte	
Ulica i broj	Ulica i broj	
Naselje	Naselje	
Datum početka osiguranja	Datum prestanka osiguranja	
Oznaka osnove osiguranja	Oznaka kriterija obveze	
<p>*Naznaka slučaja osiguranja prema članku 16. stavak 1. Zakona</p> <p> <input type="checkbox"/> Toč.1 <input type="checkbox"/> Toč.2 <input type="checkbox"/> Toč.3 <input type="checkbox"/> Toč.4 <input type="checkbox"/> Toč.5 <input type="checkbox"/> Toč.6 <input type="checkbox"/> Toč.7 <input type="checkbox"/> Toč.8 <input type="checkbox"/> Toč.9 <input type="checkbox"/> Toč.10 <input type="checkbox"/> Toč.11 <input type="checkbox"/> Toč.12 <input type="checkbox"/> Toč.13 <input type="checkbox"/> Toč.16 </p>		

3. RAZDOBLJE KORIŠTENJA OSIGURANJA

Datum početka osiguranja	Datum prestanka osiguranja
Datum promjene	

(Ime i prezime podnositelja - ovlaštene osobe)

M.P.

U _____ dne _____ god.

(Potpis elektronički i potpis podnositelja - ovlaštene osobe)

Zaprimanje	Unos podataka
Datum zaprimanja	Datum evidentiranja
Klasa:	M.P.
Urbroj:	
Potpis ovlaštenog radnika Zavoda	Interni broj Potpis elektronički i potpis ovlaštenog radnika Zavoda

Poledina Tiskanica – 5

- Tiskanica 5 koristi se za **PRIJAVU - ODJAVU - PROMJENU** osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju za slučaj ozljede na radu odnosno profesionalne bolesti. Potrebno je zaokružiti odgovarajuću riječ prema primjeni tiskanice.
- Obveznik podnošenja prijave obvezan je podatke u Tiskanici 5 upisati čitljivo tintom ili kemijskom olovkom plave ili crne boje, odnosno računalnim ispisom.
- Zatamnjene rubrike ispunjava Zavod.
- Podatke pod 1. i 2. upisuje obveznik podnošenja prijave.
- Kod upisa podataka pod 3., koji se odnose na adresu, obvezno se upisuje prebivalište, a boravak samo ako osoba uz prebivalište ima prijavljen i boravak. Za stranca s odobrenim stalnim boravkom upisuju se podatci u rubriku "P - prebivalište", a za strance s odobrenim privremenim boravkom u rubriku "B - boravak".
- U prijavi **Broj osigurane osobe u Zavodu** ispunjava Zavod.
- Pri podnošenju promjene, podnositelj je obvezan uz podatke o promjeni upisati i datum promjene.
- Tiskanica 5 ovjerava se u 3 primjerka:
 1. primjerak zadržava Zavod
 2. primjerak vraća se podnositelju
 3. primjerak uručuje se osiguranoj osobi koja na osnovi njega ostvaruje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja za slučaj ozljede na radu odnosno profesionalne bolesti.