

TISKANICA-5


**Hrvatski  
zavod za  
zdravstveno  
osiguranje**
**PRIJAVA** na obvezno zdravstveno osiguranje za slučaj  
ozljede na radu odnosno profesionalne bolesti

**HRVATSKOM ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

 Regionalni  
ured \_\_\_\_\_  
Područna  
služba \_\_\_\_\_  
naziv \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
šifra

**1. PODACI O OBVEZNIKU UPLATE DOPRINOSA**

Broj obveze	_____	Naziv obveznika uplate	_____
Adresa sjedišta	_____	OIB	_____

**2. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI**

MB osigurane osobe u Zavodu OIB	_____	Datum rođenja	_____	*Spol	M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Prezime:	_____	Ime:	_____		
Adresa: P – prebivalište / SB – stalni boravak	_____	Adresa: B – boravište / PB – privremeni boravak	_____ od _____ do _____		
Poštanski broj, naziv pošte	_____	Poštanski broj, naziv pošte	_____		
Ulica i broj	_____	Ulica i broj	_____		
Naselje	_____	Naselje	_____		
*Naznaka slučaja osiguranja prema članku 16. stavku 1. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, točki:					
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 16					
Datum početka osiguranja	_____	Datum prestanka osiguranja	_____		

M.P.

 U \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ god.  
(ddmmgggg)

 \_\_\_\_\_  
Ime i prezime podnosioca – ovlaštene osobe

 \_\_\_\_\_  
Potpis / elektronički potpis podnosioca - ovlaštene osobe

**3. RAZDOBLJE KORIŠTENJA OSIGURANJA**

Oznaka osnove osiguranja	_____	Oznaka kriterija obveze	_____
Datum stjecanja statusa osigurane osobe	_____	Datum prestanka statusa osigurane osobe	_____

 Datum  
zaprimanja \_\_\_\_\_  
KLASA: \_\_\_\_\_  
URBROJ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Potpis ovlaštenog radnika Zavoda

 Datum  
evidentiranja \_\_\_\_\_  
Interni broj \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Potpis / elektronički potpis ovlaštenog radnika Zavoda

Poledina: TISKANICA5

1. Tiskanica - 5 koristi se za **PRIJAVU** osigurane osobe na obvezno zdravstveno osiguranje za slučaj ozljede na radu odnosno profesionalne bolesti (u daljnjem tekstu: prijava).
2. Obveznik podnošenja prijave obvezan je podatke u Tiskanici - 5 upisati čitljivo tintom ili kemijskom olovkom plave ili crne boje, odnosno računalnim ispisom.
3. Podatke pod 1. i 2. upisuje obveznik podnošenja prijave. Kod upisa podataka koji se odnose na adresu, obvezno se upisuje prebivalište, a boravište samo ako osoba uz prebivalište ima prijavljeno i boravište. Za stranca s odobrenim stalnim boravkom upisuju se podaci u rubriku "SB – stalni boravak", a za strance s odobrenim privremenim boravkom u rubriku "PB – privremeni boravak".
4. Pri podnošenju prijave, podnositelj je obvezan uz podatke iz prijave upisati i datum prijave (ddmmgggg).
5. Tiskanica - 5 ovjerava se u 3 primjerka:
  1. primjerak zadržava Zavod
  2. primjerak se vraća podnositelju
  3. primjerak se uručuje osiguranoj osobi

**Tiskanica OR**

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.	<b>Kontakt - način ozljeđivanja</b> (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 ozljeđe:			
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 ozljeđi? 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.	Izvjешće 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

--

--

Šifra prema MKB priznate ozljede na radu

--

Evidencijski broj priznate ozljede na radu

IME, PREZIME, potpis voditelja postupka

M.P.

## Tiskanica PB

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

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

Datum primitka


 Hrvatski  
zavod za  
zdravstveno  
osiguranje

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

### B) PODACI O OBOLJELOJ 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.	Posao koji sada obavlja u redovitom radu (naziv i šifra prema skupini) - sukladno NKZ - 10 klasifikaciji:																			
18.	Koliko dugo obavlja sadašnji posao (GG):																			
19.	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):																		
20.	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)																			
21.	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)																			



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 HZZZSR**

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