

Područna Služba _____
Ispostava _____
(adresa) _____

(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 (POPUNJAVA POSLODAVAC)

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 po NKD	
4	Puna adresa (mjesto, ulica i broj, općina – za brodove ime broda)	
	a) sjedišta	
	b) mjesta rada	
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 1. zaposlenik 2. samozaposlenik 3. drugo	
10	Spol (muški – ženski)	

11	Kada i gdje je rođena	Datum (dan, mjesec i godina)	
12		Mjesto	
13		Općina	
14	Prebivalište	Mjesto	
15		Adresa (ulica i broj)	
16		Općina	
17		Županija	
18	Zanimanje (posao koji obavlja u svom redovitom radu po NKZ)		
19	Školska sprema (I. – VII. stupnja)		
20	Stručno obrazovanje (NKV, VKV, SSS, VŠS, VSS)		
21	Stručna sprema za rad na radnom mjestu (NKV, VKV, SSS, VŠS, VSS)		
22	Vrsta rada: 1. rad na određeno vrijeme 2. rad na neodređeno 3. povremeni poslovi na ugovor 4. školovanje 5. ostalo**		
23	Ozljeda se dogodila na: 1. redovitim poslovima na radnom mjestu 2. povremenim poslovima na drugom radnom mjestu		
24	Rad u punom radnom vremenu, rad s djelomičnim radnim vremenom		
25	Da li je osposobljena iz zaštite na radu za rad na siguran način za poslove koje obavlja (da – ne)		
26	Posao koji je radila u trenutku kada se dogodila ozljeda		
27	Koliko je dugo ozlijeđena osoba radila posao na kome je ozlijeđena (tijekom svoga radnog staža)		
28	Koliko je sati osoba radila toga radnog dana prije ozljede (navesti broj sati)		
29	Da li je ozlijeđena za vrijeme redovitog, produženog ili izvanrednog rada		
30	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

31	Kada se ozljeda dogodila	Datum (dan, mjesec i godina)	
32		Dan u tjednu	
33		Doba dana (od 0 do 24 sata)	
34	Gdje se ozljeda dogodila	Na mjestu obavljanja poslova odnosno rad.zadaca (da – ne). Ako je odgovor »da«, pobliže opisati mjesto.	
35		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	Da li su na dotičnom poslu utvrđene opasnosti i štetnosti (da – ne) (opisati vrstu opasnosti i štetnosti)		
43	Korištenje osobnih zaštitnih sredstava	Da li je bilo naredeno korištenje osobnih zaštitnih sredstava (da – ne)	
44		Da li su korištena osobna zaštitna sredstva (da – ne)	
45	Da li su primijenjena osnovna pravila zaštite na radu (da – ne)		
46	Da li su primijenjena posebna pravila zaštite na radu (da – ne)		
47	Da li je obavljen uvidaj od strane policije (da – ne)		
48	Da li je obavljen uvidaj od strane inspekcije zaštite na radu (da – ne) ako da, navesti ime inspektora zaštite na radu		

IV. PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODITELJU

49	Ime, prezime i funkcija	
50	Adresa prebivališta	

V. PODACI O OČEVIDCU

51	Ime i prezime	
52	Adresa prebivališta	

Klasa: _____
Urbroj: _____
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 RADA

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

U _____, _____ godine M.P.

(Potpis i šifra nadležnog doktora medicine rada)

VII. PODACI HRVATSKOGA 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.

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

** Članak 9. Zakona o Zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu NN 85/06