

PRIJAVA O OBOLJENJU OD PROFESIONALNE BOLESTI

I — PODACI O OBVEZNIKU PODNOŠENJA PRIJAVE

Red. broj	PITANJE	ODGOVOR popunjava podnosilac zahtjeva	Popunjava obrađivač
1.	Potpun naziv organizacije ime i prezime poslodavca		
2.	Djelatnost organizacije — poslodavca i šifra		
3.	Puna adresa (mjesto ulica, i broj, opština republika — pokrajina)		

II PODACI O OBOLJELOM RADNIKU

4.	Ime, ime oca i prezime		
5.	Matični broj		
6.	Pol (muški, ženski)		
7.	Rođenja	dan, mjesec i godina	
8.		mjesto	
9.		opština republika-pokrajina	
10.	Prebivalište	mjesto	
11.		adresa (ulica i broj)	
12.		opština	
13.		republika-pokrajina	
14.	Mjesto rada (mjesto, opština, SR-SAP)		
15.	Zanimanje (posao koji vrši u svom redovnom radu)		
16.	Školska sprema		
17.	Stručno obrazovanje radnika		



18.	Način sticanja stručnog obrazovanja		<input type="checkbox"/>
19.	Stručna sprema za rad na radnom mjestu		<input type="checkbox"/>
20.	Radno vrijeme radnika u satima (dnevni prosjek)		<input type="checkbox"/>
21.	Radni staž do stupanja u organizaciju — kod poslodavca		<input type="checkbox"/>
22.	Da li je radnik obučavan iz materije o zaštiti na radu		<input type="checkbox"/>
23.	Posao koji je radio u vrijeme kad je utvrđeno oboljenje		<input type="checkbox"/>
24.	Koliko je radnik radio na poslovima red. broj 23.		<input type="checkbox"/>
25.	Poslovi koje je radnik radio zadnjih 5 godina		<input type="checkbox"/>
26.	Osnov osiguranja		<input type="checkbox"/>
27.	Članovi porodice koje izdržava		<input type="checkbox"/>

III — PODACI O OBOLJENJU OD PROFESIONALNE BOLESTI

28.	Kad je utvrđeno da radnik boluje od profesionalne bolesti (datum)		<input type="checkbox"/>
29.	Naziv zdravstvene organizacije koja je utvrdila profesionalno oboljenje		<input type="checkbox"/>
30.	Naziv profesionalnog oboljenja — naziv i šifra		<input type="checkbox"/>
31.	Da li je bilo pojava oboljenja od profesionalne bolesti na istom poslu		<input type="checkbox"/>
32.	Izvor oboljenja od profesionalne bolesti		<input type="checkbox"/>
33.	Uzrok oboljenja od profesionalne bolesti		<input type="checkbox"/>
34.	Da li je radno mjesto utvrđeno kao ugroženo — ko je izvršio utvrđivanje		<input type="checkbox"/>
35.	Korišćenje ličnih zaštitnih sredstava	da li je naređeno korišćenje	<input type="checkbox"/>
36.		da li su bila korišćena	<input type="checkbox"/>
37.		da li su primjenjene opšte i posebne mjere zaštite	<input type="checkbox"/>

Datum: 198.....

M. P.

Mjesto

(ime i prezime i potpis odgovornog rukovodioca)

IV — MIŠLJENJE INSPEKTORA RADA PO POJEDINIM PITANJIMA

38.

Datum: 198.....

M. P.

Ime i prezime i potpis
inspektora rada:

Mjesto

.....

V — IZVJEŠTAJ ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE U KOJOJ JE UTVRĐENO OBOLJENJE

39.	Naziv i adresa zdravstvene organizacije u kojoj je pregledan		_ _ _ _
40.	Kratak opis profesionalnog oboljenja:		
41.	Naziv oboljenja dijagnoza i šifra		_ _ _ _
42.	Da li boluje od drugih bolesti i kojih		_ _ _ _
43.	Da li je imao tjelesnih i psihičkih nedostataka i kojih		_ _ _ _
44.	Koliko će približno trajati nesposobnost za rad zbog oboljenja		_ _ _ _
45.	Druge primjedbe lekara		
Datum: 198.....		M. P.	Potpis lekara
Redni broj evidencije zajednice zdravstvene zaštite		Registarski broj podnosioca prijave u zajednici zdravstvene zaštite	_ _ _ _ _ _ _ _ _