

Zdravstvena ustanova

\_\_\_\_\_   
 OIB ustanove / ordinacije

Organizacijska jedinica (služba - odjel)

\_\_\_\_\_   
 (Broj evidencije   
 profesionalne bolesti)

Mjesto, općina/grad

**PRIJAVA**

**PROFESIONALNE BOLESTI I OSOBE OBOLJELE OD PROFESIONALNE BOLESTI ILI OŠTEĆENE PROFESIONALNOM BOLEŠĆU <sup>(1)</sup>**

1. Prezime (očevo ime) i ime \_\_\_\_\_
2. Matični broj ili OIB osobe \_\_\_\_\_
3. Datum rođenja dan \_\_\_\_\_ mjesec \_\_\_\_\_ godina \_\_\_\_\_
4. Spol      muški  1      ženski  2
5. Prebivalište \_\_\_\_\_
6. RegistarSKI broj osiguranika \_\_\_\_\_
7. Naziv poduzeća - poslodavca \_\_\_\_\_   
 Mjesto \_\_\_\_\_
8. Šifra privredne djelatnosti <sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_
9. Ukupni radni staž (godina) \_\_\_\_\_
10. Zanimanje <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_
11. Stručna sprema \_\_\_\_\_
12. Posao koji sada obavlja \_\_\_\_\_
13. Koliko dugo obavlja sadašnji posao (godina) \_\_\_\_\_
14. Posao koji je obavljala ranije (za koji se pretpostavlja da je izazvao profesionalnu bolest) \_\_\_\_\_    
 a) koliko dugo je obavljala taj posao \_\_\_\_\_ godina \_\_\_\_\_ mjeseci    
 b) koliko dugo ne radi taj posao \_\_\_\_\_ godina \_\_\_\_\_ mjeseci
15. Vrsta profesionalne štetnosti - uzročni agens bolesti      DA      NE   
 kemijski \_\_\_\_\_ 1      0         
 fizički \_\_\_\_\_ 1      0         
 biološki \_\_\_\_\_ 1      0         
 ostali \_\_\_\_\_ 1      0

16. Dijagnoza i Šifra prema važećoj MKB <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--

17. Dijagnoza (prema važećoj Listi profesionalnih bolesti) <sup>(5)</sup> \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--

18. Datum utvrđivanja dijagnoze dan \_\_\_\_\_ mjesec \_\_\_\_\_ godina \_\_\_\_\_

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

19. Nalazi koji verificiraju dijagnozu	DA	NE	
biokemijski .....	1	0	<input type="checkbox"/>
toksikološki .....	1	0	<input type="checkbox"/>
alergološki .....	1	0	<input type="checkbox"/>
rendgenološki .....	1	0	<input type="checkbox"/>
funkcionalno dijagnostički .....	1	0	<input type="checkbox"/>

20. Ishod bolesti:
- Sposoban-a za rad s punim radnim vremenom ..... 1
  - Sposoban-a za rad sa skraćenim radnim vremenom na istom radnom mjestu ..... 2
  - Sposoban-a za rad s punim radnim vremenom na drugom radnom mjestu ..... 3
  - Sposoban-a za rad sa skraćenim radnim vremenom na drugom radnom mjestu ..... 4
  - Trajno nesposoban-a za rad ..... 5
  - Umro-la ..... 6
- dijagnoza (uzroka smrti) \_\_\_\_\_
- Druge ocjene i napomene ..... 7

--	--	--	--	--

U \_\_\_\_\_ (prezime i ime doktora medicine - faksimil)

Datum \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ (potpis doktora medicine)

### Napomena:

Ako jedna osoba oboli od dvije ili više profesionalnih bolesti, prijava se popunjava posebno za svaku bolest.

— UPUTE ZA POPUNJAVANJE —

1. Pri popunjavanju ovog obrasca treba koristiti Zakon o listi profesionalnih bolesti (NN 162/98, 107/07, 125/07).

2. ZA TOČKU 8. ŠIFRA PRIVREDNE DJELATNOSTI

— upisuje se šifra djelatnosti prema važećoj Nacionalnoj klasifikaciji djelatnosti (NN 98/94, 58/07, 72/07).

3. ZA TOČKU 10. ZANIMANJE

— upisuje se puni naziv zanimanja što ga osoba obavlja i šifru zanimanja prema važećoj Nacionalnoj klasifikaciji zanimanja (NN 147/10, 14/11).

4. ZA TOČKU 16. DIJAGNOZA I ŠIFRA PREMA VAŽEĆOJ MKB

— upisuje se dijagnoza vanjskog uzroka povrede i otrovanja u cijelosti, prema važećoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10).

5. ZA TOČKU 17. DIJAGNOZA

— upisuje se dijagnoza prema važećoj listi profesionalnih bolesti (NN 107/07).

DOSTAVA popunjenog obrasca

— Prijava se u jednom primjerku dostavlja u HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO, ROCKEFELLEROVA 7, 10000 ZAGREB.