

| | |
|-------------------------------------|----------------------|
| Područni ured | Broj osigurane osobe |
| | |
| Broj obveze | |
| Ime i prezime | |
| Godina rođenja i MB osigurane osobe | |
| Grad/naselje | Ulica i broj |

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**PRIJAVA
OZLJEDE/BOLESTI**

- 1. **PB** - PROFESIONALNE BOLESTI
- 2. **OR** - OZLJEDE NA RADU
- 3. **PN** - PROMETNE NESREĆE
- 4. **TJO** - TJELESNE OZLJEDE OD DRUGE OSOBE

** Broj evidencije prijave / g.

Osigurana osoba: _____ (Ime i prezime osigurane osobe)

ozlijeđena je u _____, dana _____, (mjesto i vrijeme ozljeđivanja)

odnosno profesionalna bolest joj je priznata s danom _____ g. (Dan, mjesec i godina)

1. OSIGURANA OSOBA OZLIJEĐENA JE:

- a) u prometu
- b) u tučnjavi
- c) na radu
- d) na dolasku / odlasku s posla
- e) na drugi način

2. NAČIN NASTANKA OZLJEDE / BOLESTI

3. OPIS OZLJEDE/BOLESTI I ŠIFRA DIJAGNOZE PO MKB:

| | | | |
|-------------|--|--|--|
| MKB (šifra) | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

4. UPUĆENA NA DALJNJE LIJEČENJE: _____ (Naziv zdravstvene ustanove)

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Šifra zdravstvene ustanove

5. OZLJEDU POČINIO: _____

6. NAPOMENA: _____

UPUTA _____ (Potpis i faksimil doktora medicine) Šifra doktora medicine

- * Obavezno upisati (pretiskati) podatke iz zdravstvene iskaznice, jasno i čitljivo.
- ** Upisati broj evidencije prijave, koji se obvezno sastoji od datuma nastanka uzroka ozljede/bolesti (primjer: 10.5.1015/1016)
- 1. Prijavu obvezno ispunjava ugovorni doktor medicine uposlen u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno zdravstveni radnik privatne prakse, koji je pružio zdravstvenu uslugu ozlijeđenoj osobi, ako na dokumentaciji osigurane osobe nema naznake evidencijskog broja prijave osobe.
- 2. Prijavu se podnosi područnom uredu Zavoda nadležnom prema prebivalištu osigurane osobe, a šifra toga područnog ureda upisana je na iskaznici zdravstveno osigurane osobe u lijevom gornjem kutu i ima tri znamenke.

Šifre područnih ureda Zavoda:

004-PU BJELOVAR, 010-PU ČAKOVEC, 018-PU DUBROVNIK, 026-PU GOSPIĆ, 034-PU KARLOVAC, 037-PU KOPRIVNICA, 040-PU KRAPINA, 060-PU OSIJEK, 065-PU PAZIN, 072-PU RIJEKA, 078-PU SISAK, 079-PU POŽEGA, 080-PU SL. BROAD, 082-PU SPLIT, 083-PU ŠIBENIK, 088-PU VARAŽDIN, 090-PU VINKOVCI, 091-PU VIROVITICA, 100-PU ZADAR, 114-PU ZAGREB