

**FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE  
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO FBiH**

Obr.br. 12-I-NP

<b>KANTON</b>	_____	_____	_____
<b>OPĆINA</b>	_____	_____	_____
<b>ZDRAVSTVENA USTANOVA</b>	_____	_____	_____

**PRIJAVA NESREĆE/POVREDE NA POSLU**

**I. PODACI O OBEZNIKU PRIJAVE (POPUNJAVA POSLODAVAC)**

Redni broj	PITANJA	ODGOVORI (ispunjava obveznik podnošenja prijave)
1	Puni naziv (za privatnog poslodavca ime i prezime)	
2	Šifra obveznika	_____
3	Vrsta, grana i šifra djelatnosti	_____
4	Puna adresa	Mjesto
		Adresa (ulica i broj)
		Općina
		Kanton
5	1. sjedišta 2. mjesta rada Veličina poduzeća (broj zaposlenih)	_____

**II. PODACI O OZLIJEĐENOJ OSOBI**

6	Ime, ime roditelja i prezime ozlijeđene osobe	_____
7	JMB	_____
8	Broj osigurane osobe	_____
9	Osnova osiguranja, status zaposlenja	1 zaposlenik 2 samozaposlenik 3 drugo
10	Spol	1 M 2 Ž _____
11	Kada i gdje je rođen	Datum (dan, mjesec i godina) _____ /dan mj godina/
12	Prebivalište	Mjesto
13		Općina
14		Mjesto
15		Adresa (ulica i broj)
16	Općina	_____
17	Kanton	_____
18	Zanimanje (posao koji obavlja u svom redovitom radu po klasifikaciji zanimanja)	_____ / _____
19	Školska sprema (I - VII stupnja)	_____
20	Stručno obrazovanje	NKV <input type="checkbox"/> VKV <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> VŠS <input type="checkbox"/> VSS <input type="checkbox"/>
21	Stručna sprema za rad na radnom mjestu (NKV, VKV, SSS, VŠS, VSS)	NKV <input type="checkbox"/> VKV <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> VŠS <input type="checkbox"/> VSS <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> 2 povremenim poslovima na drugom radnom mjestu <input type="checkbox"/>
24	Radno vrijeme	puno radno vrijeme <input type="checkbox"/> djelomično radno vrijeme <input type="checkbox"/>
25	Da li je osposobljena iz zaštite na radu za rad na siguran način za poslove koje obavlja	1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>
26	Posao koji je radio/la u trenutku kada se dogodila ozljeda	_____
27	Koliko je dugo ozlijeđena osoba radila posao na kome je ozlijeđena (tijekom svog radnog staža)	_____ /dana, _____ mjeseci/
28	Koliko je sati osoba radila toga radnog dana prije ozljede (navesti broj sati)	_____ /sati, _____ minuta/
29	Ozljeda se dogodila za vrijeme: 1. redovitog; 2. produženog; 3. izvanrednog rada	_____
30	Da li se radnik ranije ranije ozlijeđivao na radu: koliko puta i kada	1 nije bilo povređivanja ranije <input type="checkbox"/> 2 posljednjih 1-5 godina <input type="checkbox"/> 3 posljednjih 5 i više <input type="checkbox"/>

## III. PODACI O NESREĆI/POVREDI NA POSLU

31		Datum (dan, mjesec i godina)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
32		Dan u sedmici	<input type="text"/>								
33		Doba dana (od 0 do 24 sata)	<input type="text"/>								
34	Kada se ozljeda dogodila	Na mjestu obavljanja poslova odnosno rad.zadaca (DA, NE).	1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>								
35		Ako je odgovor "DA", pobliže opisati mjesto.	<input type="text"/>								
36		Na redovno m putu od stana do stalnog mjesta rada	1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>								
37		Na službenom putu od stalnog mjesta rada do stana	1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>								
38		Ostalo (na nekom drugom mjestu)	1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>								
39	Način nastanka ozljede		<input type="text"/>								
40	Izvor ozljede		<input type="text"/>								
41	Uzrok ozljede		<input type="text"/>								
42	Da li su na dotičnom poslu utvrđene opasnosti i štetnosti (da-ne) (opisati vrstu opasnosti i štetnosti) i ko je utvrdio		1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>								
43	Korištenje osobnih zaštitnih sredstava	Da li je bilo naređeno korištenje osobnih zaštitnih sredstava	1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>								
44		Da li su korištena osobna zaštitna sredstva	1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>								
45	Da li su primjenjena osnovna pravila zaštite na radu		1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>								
46	Da li su primjenjena posebna pravila zaštite na radu		1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>								
47	Da li je obavljen uviđaj od strane policije (da-ne)		1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>								
48	Da li je obavljen uviđaj od strane inspekcije zaštite na radu; ako DA, navesti ime inspektora zaštite na radu		1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>								
49	Da li se slična povreda desila na istom mjestu i na istom poslu i kada (datum)		1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>								

## IV. PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODITELJU

50	Ime, prezime i funkcija	<input type="text"/>
51	Adresa prebivališta	<input type="text"/>

## V. PODACI O OČEVIDCU

52	Ime i prezime	<input type="text"/>
53	Adresa prebivališta	<input type="text"/>
Mjesto: <input type="text"/> Datum podnošenja prijave: <input type="text"/>		Da li je obavještena služba inspekcije rada 1-DA; 2-NE <input type="checkbox"/>

Ime, prezime i funkcija odgovorne osobe

M.P.

Potpis odgovorne osobe

## VI. IZVJEŠTAJ DOKTORA KOJI JE PREGLEDAO POVRIJEĐENOG

54	Ime i prezime, adresa doktora koji je pregledao ozljeđenu osobu		<input type="text"/>								
55	Naziv i adresa zdravstvene ustanove u kojoj je pregledana ozljeđena osoba		<input type="text"/>								
56	Ko je ozljeđenoj osobi pružio prvu pomoć		<input type="text"/>								
57	Kratak opis ozljede prema iskazu ozljeđene osobe		<input type="text"/>								
58	Dijagnoza ozljede, naziv i šifra prema MKB		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
59	Vanjski uzrok ozljede prema MKB (V01-Y98)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
60	Boluje li ozljeđena osoba od drugih bolesti i kojih (šifra prema MKB)		1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>								
61	Ima li ozljeđena osoba tjelesnih i psihičkih nedostataka i kojih		1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>								
62	Da li je ozljeđena osoba bila pod utjecajem alkohola ili drugih opojnih sredstava		1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>								
63	Da li je izvršeno testiranje (DA, NE), ako DA, navesti rezultat		1 - DA; 2 - NE <input type="checkbox"/>								
64	Koliko će približno trajati nesposobnost za rad		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
65	Mišljenja sam: 1. radi se o ozljedi na radu 2. ne radi se o ozljedi na radu		<input type="checkbox"/>								

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ godine

M.P.

/mjesto, datum/

Potpis nadležnog doktora