

Obrazac broj 1 – Izvještaj o povredi na radu

Redni broj	Pitanje	Odgovor - popunjava podnosilac izvještaja
I OPĆI PODACI O POSLODAVCU		
1.	Naziv poslodavca – za poslodavca pravno lice Ime i prezime – za poslodavca fizičko lice	
2.	Šifra obaveznika	
3.	Vrsta, grana i šifra djelatnosti poslodavca	
4.	Adresa poslodavca: ulica i broj, mjesto, općina, kanton	
II PODACI O RADNIKU ZA ZAŠTITU NA RADU KOD POSLODAVCA		
5.	Ime i prezime	
6.	Stručni ispit (broj i datum uvjerenja o položenom stručnom ispitu za obavljanje poslova radnika za zaštitu na radu)	
III PODACI O RADNIKU KOJI JE PRETRPIO POVREDU NA RADU – POVRIJEĐENI, O POVREDI NA RADU I MJERAMA ZAŠTITE I ZDRAVLJA NA RADU KOJE SU PRIMJENJIVANE NA RADNOM MJESTU NA KOJEM JE POVRIJEĐENI RADIO		
7.	Ime (ime oca) prezime	
8.	Jedinstveni matični broj	
9.	Pol (muški, ženski)	
10.	Rođen/a (dan, mjesec i godina)	
11.	Prebivalište (ulica i broj, mjesto, općina i kanton)	
12.	Mjesto rada (naziv mjesta, općina i kanton)	
13.	Zanimanje radnika	

14.	Stručna sprema radnika (NKV, VKV, SSS, VŠS, VSS)	
15.	Radno mjesto - poslovi na koje je radnik raspoređen po ugovoru o radu ili rješenju o postavljenju)	
16.	Radno vrijeme radnika u satima	
17.	Da li je radno mjesto sa povećanim rizikom (Da/Ne)	
18.	Da li je radnik osposobljen za siguran i zdrav rad na radnom mjestu na kojem je raspoređen (Da/Ne)	
19.	Posao koji je radio u trenutku kada je došlo do povrede	
20.	Koliko je povrijeđeni radio posao na kojem je bio povrijeđen u toku radnog odnosa	
21.	Koliko je sati radio tog radnog dana	
22.	Da li je povrijeđen za vrijeme redovnog ili prekovremenog rada	
23.	Da li je ranije pretrpio nesreću na poslu, koliko puta i kada	
24.	Povrijeđeni dio tijela	
25.	Da li je povreda smrtonosna (na mjestu nesreće, odnosno na putu do zdravstvene ustanove)	

IV PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODIOCU POVRIJEĐENOG

26.	Ime i prezime	
27.	Adresa (ulica i broj, mjesto, općina i kanton)	

V PODACI O RADNOM MJESTU I POSLOVIMA POVRIJEĐENOG I VREMENU I MJESTU NASTUPANJA NJEGOVE POVREDE NA RADU

28.	Kad se povreda dogodila (dan, mjesec i godina)	
29.	Dan u sedmici	
30.	Doba dana (00.00 do 24.00)	
31.	Gdje se povreda dogodila na (radnom mjestu)	

32.	Na redovnom putu od stana do mjesta rada	
33.	Na redovnom putu od mjesta rada do stana	
34.	Na službenom putu	
35.	Da li je bilo lica koja su poginula na mjestu povrede, odnosno umrla na putu do zdravstvene ustanove i koliko	
36.	Koliko je lica ukupno povrijeđeno prilikom povrede	
37.	Da li se slična povreda ranije desila na istom mjestu i prilikom obavljanja istog posla (Da/Ne) i kada (datum)	
38.	Izvor povrede	
39.	Uzrok povrede	
40.	Način nastanka povrede - kratak opis povrede	
41.	Da li je bilo naređeno korištenje lične zaštitne opreme (Da/Ne) i koje	
42.	Da li je lična zaštitna oprema korištena u vrijeme nastanka povrede (Da/Ne) i koja	
43.	Da li su na primijenjene opće i posebne mjere zaštite na radu i koje	
44.	Da li je izvršen uviđaj od strane nadležnog organa unutrašnjih poslova	

45.	Da li je izvršen uviđaj od strane inspektora rada, odnosno zaštite na radu	
-----	--	--

VI PODACI O OČEVICU POVREDE

46.	Ime i prezime	
47.	Adresa (ulica i broj, mjesto, općina i kanton)	

Datum podnošenja prijave _____ Uviđaj izvršili _____ Neposredni rukovodilac _____
(dan, mjesec, godina)

Redni broj podnosioca izvještaja _____ Ime, prezime i potpis _____
M. P.

VII MIŠLJENJE INSPEKTORA RADA, ODNOSNO ZAŠTITE NA RADU, O PITANJIMA POVREDE NA RADU U SLUČAJEVIMA TEŠKE POVREDE NA RADU, KOLEKTIVNE POVREDE I SMRTNIH SLUČAJEVA

48.			
49.	Mjesto, datum _____	M. P.	Potpis inspektora _____

VIII NALAZ I MIŠLJENJE DOKTORA U ZDRAVSTVENOJ USTANOVI GDJE JE POVRIJEĐENI PREGLEDAN, ODNOSNO GDJE SE POVRIJEĐENI LIJEČI

50.	Ime i prezime doktora koji je prvi izvršio pregled povrijeđenog	
51.	Naziv i adresa zdravstvene ustanove u kojoj je povrijeđeni pregledan	

52.	Ko je povrijeđenom pružio prvu pomoć	
53.	Kratak opis nesreće po iskazu povrijeđenog	
54.	Dijagnoza povrede, naziv i šifra prema MKB	
55.	Da li povrijeđeni boluje od drugih bolesti i od kojih – navesti šifru prema MKB	
56.	Da li je izvršeno testiranje na alkohol ili druga opojna sredstva (Da/Ne) - ako da navesti rezultat	
57.	Koliko će približno trajati nesposobnost za rad zbog povrede	
58.	Druge ocjene doktora	
Mjesto i datum _____		M. P. _____
		Potpis doktora _____

Redni broj	Pitanje	Odgovor popunjava podnosilac izvještaja
I OPĆI PODACI O POSLODAVCU		
1.	Naziv poslodavca – za poslodavca pravno lice Ime i prezime – za poslodavca fizičko lice	
2.	Šifra obveznika	
3.	Vrsta, grana i šifra djelatnosti poslodavca	
4.	Adresa poslodavca: ulica i broj, mjesto, općina, kanton	
II PODACI O RADNIKU ZA ZAŠTITU NA RADU KOD POSLODAVCA		
5.	Ime i prezime	
6.	Stručni ispit (broj i datum uvjerenja o položenom stručnom ispitu za obavljanje poslova radnika za zaštitu na radu)	
III PODACI O RADNIKU KOD KOJEG JE NASTALO PROFESIONALNO OBOLJENJE - OBOLJELOG OD PROFESIONALNOG OBOLJENJA, TE O RADNOM MJESTU, POSLOVIMA I VREMENU KOJE JE OBOLJELI OD PROFESIONALNOG OBOLJENJA PROVEO NA RADU NA TIM POSLOVIMA		
7.	Ime (ime oca) prezime	
8.	Jedinstveni matični broj	
9.	Pol (muški, ženski)	
10.	Rođen/a (dan, mjesec i godina)	
11.	Prebivalište (ulica i broj, mjesto, općina i kanton)	
12.	Mjesto rada (naziv mjesta, općina i kanton)	
13.	Zanimanje radnika	

14.	Stručna sprema radnika (NKV, VKV, SSS, VŠS, VSS)	
15.	Radno mjesto - poslovi na koje je radnik raspoređen po ugovoru o radu ili rješenju o postavljenju)	
16.	Radno vrijeme radnika u satima	
17.	Koliko dugo radnik obavlja poslove radnog mjesta na koje je raspoređen	
18.	Stož osiguranja do stupanja na rad kod poslodavca	
19.	Radno mjesto – poslovi na koje je radnik bio raspoređen ranije (za koje se pretpostavlja da su izazvali profesionalno oboljenje)	
20.	Koliko dugo je radnik obavljao poslove radnog mjesta iz tač. 19. na koje je bio ranije raspoređen	
21.	Koliko dugo radnik ne obavlja poslove radnog mjesta iz tač. 19. na koje je bio ranije raspoređen	

IV PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODIOCU OBOLJELOG OD PROFESIONALNOG OBOLJENJA

22.	Ime i prezime	
23.	Adresa (ulica i broj, mjesto, općina i kanton)	

V PODACI O PROFESIONALNOM OBOLJENJU I MJERAMA ZAŠTITE I ZDRAVLJA NA RADU KOJE SU PRIMJENJIVANE NA RADNOM MJESTU NA KOJEM JE OBOLJELI OD PROFESIONALNOG OBOLJENJA RADIO

24.	Naziv profesionalnog oboljenja	
25.	Da li je bilo pojava profesionalnog oboljenja na istom poslu	
26.	Izvor oboljenja od profesionalne bolesti – uzročni agensi oboljenja (fizički, hemijski, biološki, ostali)	

27.	Da li je radno mjesto utvrđeno kao radno mjesto sa povećanim rizikom	
28.	Da li je bilo naređeno korištenje lične zaštitne opreme (Da/Ne) i koje	
29.	Da li je lična zaštitna oprema korištena (Da/Ne) i koja	
30.	Da li su primijenjene opće i posebne mjere zaštite na radu (Da/Ne) i koje	

Redni broj podnosioca izvještaja

Ime, prezime i potpis

M. P.

VI NALAZ I MIŠLJENJE ZDRAVSTVENE USTANOVE KOJA JE UTVRDILA POSTOJANJE PROFESIONALNOG OBOLJENJA

31.	Naziv i adresa zdravstvene ustanove u kojoj je radnik pregledan	
32.	Kratak opis profesionalnog oboljenja	
33.	Naziv oboljenja	
34.	Dijagnoza i šifra oboljenja prema MKB	
35.	Redni broj profesionalne bolesti sa dijagnozom prema Listi profesionalnih bolesti	
36.	Datum utvrđivanja dijagnoze	
37.	Nalazi koji verifikuju dijagnozu (biohemijski, alergološki, rendenološki, toksikološki, funkcionalno dijagnostički)	

38.	Da li radnik boluje od drugih bolesti (Da/Ne), ako je DA navesti dijagnoze i šifru po MKB-u	
39.	Koliko će približno trajati nesposobnost radnika za rad zbog oboljenja	
40.	Druge primjedbe doktora	
Mjesto i datum _____ M. P. _____ Potpis doktora _____		