

## ИЗВЕШТАЈ О ПРОФЕСИОНАЛНОМ ОБОЉЕЊУ

## I ПОДАЦИ О ПОСЛОДАВЦУ

1.	Обвезник подношења пријаве о професионалн ом обољењу (послодавац)	Пун назив послодавца (пословно име, односно лично име или други назив под којим предузетник обавља делатност)	
2.		Седиште и адреса послодавца (улица и број, општина, место, држава)	
3.		Рег. број обвезника доприноса	
4.		ПИБ	□□□□□□□□□□
5.		Шифра делатности	
6.		Укупан број запослених	

## II. ПОДАЦИ О ЛИЦУ ОДРЕЂЕНОМ ЗА БЕЗБЕДНОСТ И ЗДРАВЉЕ НА РАДУ КОД ПОСЛОДАВЦА

7.	Име и презиме	
8.	ЈМБГ	
9.	Адреса пребивалишта	

## III. ПОДАЦИ О ОБОЛЕЛОМ ОД ПРОФЕСИОНАЛНОГ ОБОЉЕЊА

10.	Име и презиме оболелог од професионалног обољења		
11.	ЈМБГ	□□□□□□□□□□□□□□	
12.	Пол (мушки - женски)	□	
13.	Дан, месец и година рођења	□□ □□ □□□□	
14.	Пребивалиште	Улица и број	
		Место, општина	
		Држава	

15.	Место рада	Улица и број	
		Место, општина	
		Држава	
16.	Врста и степен стручне спреме оболелог од професионалног обољења		
17.	Врста и степен стручне спреме прописане за обављање послова на којима је оболели од професионалног обољења радио		
18.	Статус оболелог од професионалног обољења		<input type="checkbox"/> у радном односу <input type="checkbox"/> рад ван радног односа <input type="checkbox"/> послодавац

#### **IV. ПОДАЦИ О НЕПОСРЕДНОМ РУКОВОДИОЦУ ОБОЛЕЛОГ ОД ПРОФЕСИОНАЛНОГ ОБОЉЕЊА**

19.	Име и презиме	
20.	ЈМБГ	
21.	Адреса пребивалишта	
22.	Послови које обавља	

#### **V. ПОДАЦИ О РАДНОМ МЕСТУ, ПОСЛОВИМА И ВРЕМЕНУ КОЈЕ ЈЕ ОБОЛЕЛИ ОД ПРОФЕСИОНАЛНОГ ОБОЉЕЊА ПРОВЕО НА РАДУ НА ТИМ ПОСЛОВИМА**

23.	Радно место на које је оболели од професионалног обољења распоређен	
24.	Посао који је оболели од професионалног обољења обављао у моменту када је утврђено да болује од професионалног обољења и радни стаж на том послу	
25.	Послови које је оболели од професионалног обољења обављао пре него што је утврђено да болује од професионалног обољења и радни стаж на тим пословима	1. ----- 2. ----- 3. ----- 4. ----- 5. -----
26.	Укупан пензијски стаж оболелог од	

	професионалног обољења	
27.	Радно време оболелог од професионалног обољења у сатима (дневни просек)	
28.	Да ли се оболели од професионалног обољења раније лечио од тог или сродног обољења	

**VI. ПОДАЦИ О ВРСТИ ПРОФЕСИОНАЛНОГ ОБОЉЕЊА И МЕРАМА БЕЗБЕДНОСТИ И ЗДРАВЉА НА РАДУ КОЈЕ СУ ПРИМЕЊИВАНЕ НА РАДНОМ МЕСТУ НА КОЈЕМ ЈЕ ОБОЛЕЛИ ОД ПРОФЕСИОНАЛНОГ ОБОЉЕЊА РАДИО**

29.	Да ли је исто професионално обољење раније утврђено на истим пословима – задацима	
30.	Да ли је неко друго професионално обољење раније утврђено на истим пословима – задацима	
31.	Да ли је оболели од професионалног обољења радио на радном месту са повећаним ризиком	
32.	Да ли је оболели од професионалног обољења испуњавао прописане услове за рад на радном месту са повећаним ризиком	
33.	Да ли је оболели од професионалног обољења подвргнут претходном и периодичним лекарским прегледима	
34.	Навести које су мере безбедности и здравља на раду биле спроведене на пословима где је утврђено професионално обољење	

Датум: \_\_\_\_\_

Место: \_\_\_\_\_

Ред. бр. из евиденције о професионалним обољењима  
\_\_\_\_\_

М.П.

ПОТПИС ОДГОВОРНОГ ЛИЦА  
\_\_\_\_\_

**VII. НАЛАЗ И МИШЉЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ КОЈА ЈЕ УТВРДИЛА ПОСТОЈАЊЕ ПРОФЕСИОНАЛНОГ ОБОЉЕЊА**

35.	Назив и адреса здравствене установе у којој је утврђено професионално обољење	
36.	Дан, месец и година утврђивања професионалног обољења	□□ □□ □□□□
37.	Дијагноза и шифра професионалног обољења	
38.	Врста штетности-узрочни агенс професионалног обољења	физичке штетности ..... ДА НЕ хемијске штетности ..... ДА НЕ биолошке штетности ..... ДА НЕ остале штетности ..... ДА НЕ
39.	Исход утврђеног професионалног обољења	1 - способан за рад са пуним радним временом 2 - способан за рад са скраћеним радним временом на истом радном месту 3 - способан за рад са пуним радним временом на другом радном месту 4 - способан за рад са скраћеним радним временом на другом радном месту 5 – трајно неспособан за рад
40.	Друге оцене и напомене	

ДАТУМ: \_\_\_\_\_

МЕСТО: \_\_\_\_\_

Редни број лекарског дневника

М.П.

ПОТПИС ЛЕКАРА

Редни број у књизи евиденције здравствене установе

\_\_\_\_\_

ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА □□□

Датум: \_\_\_\_\_

Место: \_\_\_\_\_

Ред. бр. из евиденције

М.П.

ПОТПИС ОДГОВОРНОГ ЛИЦА

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_