

ИЗВЕШТАЈ О ОБОЉЕЊУ У ВЕЗИ СА РАДОМ

I ПОДАЦИ О ПОСЛОДАВЦУ

1.	Обвезник подношења пријаве о обољењу у вези са радом (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

10.	Име и презиме оболелог		
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		
17.	Врста и степен стручне спреме прописане за обављање послова на којима је оболели радио		
18.	Статус оболелог	<input type="checkbox"/> у радном односу <input type="checkbox"/> рад ван радног односа <input type="checkbox"/> послодавац	

IV. ПОДАЦИ О НЕПОСРЕДНОМ РУКОВОДИОЦУ ОБОЛЕЛОГ

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

V. ПОДАЦИ О РАДНОМ МЕСТУ, ПОСЛОВИМА И ВРЕМЕНУ КОЈЕ ЈЕ ОБОЛЕЛИ ПРОВЕО НА РАДУ НА ТИМ ПОСЛОВИМА

23.	Радно место на које је оболели распоређен	
24.	Посао који је оболели обављао у моменту када је утврђено да болује од обољења у вези са радом и радни стаж на том послу	
25.	Послови које је оболели обављао пре него што је утврђено да болује од обољења у вези са радом и радни стаж на тим пословима	1. ----- 2. ----- 3. ----- 4. ----- 5. -----
26.	Укупан пензијски стаж оболелог	
27.	Радно време оболелог у сатима (дневни просек)	
28.	Да ли се оболели раније лечио од тог или сродног обољења	

VI. ПОДАЦИ О ВРСТИ ОБОЉЕЊА НАСТАЛОГ У ВЕЗИ СА РАДОМ И МЕРАМА БЕЗБЕДНОСТИ И ЗДРАВЉА НА РАДУ КОЈЕ СУ ПРИМЕЊИВАНЕ НА РАДНОМ МЕСТУ НА КОЈЕМ ЈЕ ОБОЛЕЛИ РАДИО

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

Датум: _____

Место: _____

Ред. бр. из евиденције о
обољењима у вези са радом

М.П.

ПОТПИС ОДГОВОРНОГ ЛИЦА

VII. НАЛАЗ И МИШЉЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ КОЈА ЈЕ УТВРДИЛА ПОСТОЈАЊЕ ОБОЉЕЊА У ВЕЗИ СА РАДОМ

35.	Назив и адреса здравствене установе у којој је утврђено обољење у вези са радом	
36.	Дан, месец и година утврђивања обољења у вези са радом	□□ □□ □□□□
37.	Дијагноза и шифра обољења у вези са радом	
38.	Врста штетности-узрочни агенс обољења у вези са радом	физичке штетности ДА НЕ хемијске штетности ДА НЕ биолошке штетности ДА НЕ остале штетности ДА НЕ

39.	Исход утврђеног обољења у вези са радом	<p>1 - способан за рад са пуним радним временом</p> <p>2 - способан за рад са скраћеним радним временом на истом радном месту</p> <p>3 - способан за рад са пуним радним временом на другом радном месту</p> <p>4 - способан за рад са скраћеним радним временом на другом радном месту</p> <p>5 – трајно неспособан за рад</p>
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
