

22.	Je li radnik osposobljen za rad na siguran način za posao na radnom mjestu na kojem je obolio od profesionalne bolesti? 1 - da, 2 - ne	
23.	Je li procjenom rizika predviđeno korištenje osobnih zaštitnih sredstava? 1 - da, 2 - ne	
24.	Jesu li korištena osobna zaštitna sredstva? 1 - da, 2 - ne	
25.	Jesu li primijenjena osnovna pravila zaštite na radu? 1 - da, 2 - ne	
26.	Jesu li primijenjena posebna pravila zaštite na radu? 1 - da, 2 - ne	

C) PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODITELJU

27.	Ime, prezime i funkcija:	Telefon:
28.	Adresa stanovanja:	E-mail:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum podnošenja prijave (DD/MM/GGGG):

M.P.

IME, PREZIME, potpis odgovorne osobe poslodavca

D) PODACI O BOLESTI**Ispunjava izabrani doktor opće/obiteljske medicine**

29.	Dijagnoza bolesti, naziv i šifra prema važećoj MKB:	
30.	Šifra bolesti prema važećem Zakonu o listi profesionalnih bolesti:	
31.	Broj datum mišljenja ordinacije medicine rada o postojanju profesionalne bolesti * naziv ordinacije medicine rada:	

* obvezno priložiti

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum popunjavanja prijave (DD/MM/GGGG)

M.P.

IME, PREZIME, potpis i šifra izabranog doktora

E) MIŠLJENJE HRVATSKOG ZAVODA ZA ZAŠTITU ZDRAVLJA I SIGURNOST NA RADU**Ispunjava HZZZSR**

32.	Evidencijski broj:	
33.	Datum utvrđivanja profesionalne bolesti:	
34.	Dijagnoza i šifra bolesti prema važećoj MKB:	
35.	Šifra bolesti prema važećem Zakonu o listi profesionalnih bolesti:	

M.P.

IME, PREZIME, potpis ovlaštene osobe

F) PODACI HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**Ispunjava ZAVOD**

Datum utvrđivanja prof. bolesti											
Datum priznavanja prof. bolesti											
Šifra prema MKB priznate profesionalne bolesti											
Evidencijski broj priznate profesionalne bolesti											

M.P.

IME, PREZIME, potpis voditelja postupka