



#### IV. ПОДАЦИ О ПОВРЕЂЕНОМ

20.	Име и презиме		
21.	ЈМБГ		□□□□□□□□□□□□□□□□
22.	Пол		□□
23.	Старост повређеног		□□□
24.	Пребивалиште, односно боравиште	Улица и број	
		Место, општина	
		Држава	
25.	Држављанство		□□
26.	Назив државе		
27.	Радни статус		□□□□
28.	Занимање		□□□□□□□□
29.	Ниво квалификације		□□□
30.	Радно искуство на пословима на којима се повреда догодила (ГГММДД)		□□□ □□□ □□□

#### V. ПОДАЦИ О ПОВРЕДИ НА РАДУ

31.	Датум када се повреда догодила (ГГГГММДД)		□□□□□□□□□□
32.	Време када се повреда догодила		□□□
33.	Радни сат од почетка рада		□□□
34.	Адреса (улица и број)		
35.	Општина		□□□□□□□□
36.	Место		□□□□□□□□
37.	Држава		□□□□
38.	Радно место где се повреда догодила, односно на редовном путу од стана до места рада или обрнуто		□□□
39.	Радна средина		□□□□
40.	Процес рада		□□□
41.	Специфична физичка активност		□□□

42.	Извор повреде	□□□□□
43.	Контакт - начин повређивања	□□□
44.	Узрок повреде	□□□
45.	Да ли је у моменту повреде повређени радио на радном месту са повећаним ризиком	□

**VI. ПОДАЦИ О НЕПОСРЕДНОМ РУКОВОДИОЦУ ПОВРЕЂЕНОГ**

46.	Име и презиме	
-----	---------------	--

**VII. ПОДАЦИ О ОЧЕВИЦУ**

47.	Име и презиме	
48.	Адреса пребивалишта	

Датум попуњавања обрасца: □□□□ □□□□ □□□□□□

Место: \_\_\_\_\_

М.П.

ПОСЛОДАВАЦ КОРИСНИК  
ОДГОВОРНО ЛИЦЕ

\_\_\_\_\_  
(име, презиме и потпис)

М.П.

ПОСЛОДАВАЦ  
ОДГОВОРНО ЛИЦЕ

\_\_\_\_\_  
(име, презиме и потпис)

### VIII. НАЛАЗ И МИШЉЕЊЕ ЛЕКАРА КОЈИ ЈЕ ПРВИ ПРЕГЛЕДАО ПОВРЕЂЕНОГ

49.	Назив и адреса здравствене установе у којој је повређени прегледан	
50.	Дијагноза и локализација повреде (уписати шифру и назив дијагнозе из МКБ 10, од најтеже ка најлакшој)	□□□□ □□□□ □□□□
51.	Спољни узрок повреде по класификацији МКБ 10 (W01 -Z99)	□□□□
52.	Врста повреде	□□□□
53.	Повређени део тела	□□□
54.	Оцена тежине повреде (1 - лака, 2 - тешка, 3 - смртна)	□□
55.	Друге примедбе лекара (да ли је повређени под утицајем алкохола, психоактивних супстанци и сл.)	
56.	Да ли је повређени спречен за рад више од три узастопна календарска дана	□□
57.	Процењен број изгубљених календарских дана	□□□□

Датум: □□□ □□□ □□□□□□

Место: \_\_\_\_\_

М.П.

ПОТПИС ЛЕКАРА

\_\_\_\_\_

#### ОРГАНИЗАЦИЈА ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Датум пријема Извештаја о повреди на раду: □□□ □□□ □□□□□□

Датум утврђивања повреде на раду: □□□ □□□ □□□□□□

Место: \_\_\_\_\_

М.П.

ОДГОВОРНО ЛИЦЕ

\_\_\_\_\_

Јединствени број повреде на раду: □□□□□□□□□□□□□□□□