

ИЗВЕШТАЈ О ПРОФЕСИОНАЛНОМ ОБОЉЕЊУ

I. ПОДАЦИ О ПОСЛОДАВЦУ

1.	Обвезник подношења извештаја о професионалном обољењу (послодавац)	Пун назив послодавца (пословно име, односно 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 (број и опис)	□□□□□
6.		Укупан број запослених	

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

7.	Име и презиме	
----	---------------	--

III. ПОДАЦИ О ОБОЛЕЛОМ ОД ПРОФЕСИОНАЛНОГ ОБОЉЕЊА

8.	Име и презиме оболелог од професионалног обољења		
9.	ЈМБГ		□□□□□□□□□□
10.	Пол (мушки - женски)		□
11.	Дан, месец и година рођења		□□□ □□□ □□□□□
12.	Пребивалиште, односно боравиште	Улица и број	
		Место, општина	
		Држава	
13.	Место рада	Улица и број	
		Место, општина	
		Држава	
14.	Врста и степен стручне спреме оболелог од професионалног обољења		
15.	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

16.	Име и презиме	
17.	Радно место	

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

18.	Радно место на које је оболели од професионалног обољења распоређен	
19.	Послови које је оболели од професионалног обољења обављао пре него што је утврђено да болује од професионалног обољења и стаж осигурања на тим пословима	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____

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

20.	Да ли је исто професионално обољење раније утврђено на истим пословима	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
21.	Да ли је неко друго професионално обољење раније утврђено на истим пословима	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
22.	Да ли је оболели од професионалног обољења радио на радном месту са повећаним ризиком	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
23.	Да ли је оболели од професионалног обољења подвргнут претходном и периодичним лекарским прегледима	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
24.	Навести да ли су мере безбедности и здравља на раду спроведене према акту о процени ризика на радном месту и у радној околини на радном месту где је утврђено професионално обољење	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не

Датум: _____

Место: _____

Ред. бр. из евиденције
о професионалним обољењима

М.П.

ОДГОВОРНО ЛИЦЕ

(име и презиме)

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

25.	Назив и адреса здравствене установе у којој је утврђено професионално обољење	
26.	Дан, месец и година утврђивања професионалног обољења	
27.	Дијагноза и шифра професионалног обољења према МКБ 10	
28.	Врста штетности - узрочни агенс професионалног обољења	физичке штетности ДА НЕ хемијске штетности ДА НЕ биолошке штетности ДА НЕ остале штетности ДА НЕ
29.	Мишљење здравствене установе која је утврдила професионално обољење	1 - способан за рад на другом радном месту 2 - трајно неспособан за рад
30.	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.

ОДГОВОРНО ЛИЦЕ

(име и презиме)