

PRIJAVA NEZGODE-POŠKODBE PRI DELU**A) PODATKI O DELODAJALCU**

Izpolni delodajalec

| | | |
|-----|---|--|
| 01. | NAZIV DELODAJALCA: | |
| 02. | NASLOV DELODAJALCA (ULICA, HIŠNA ŠT., POŠTNA KODA IN KRAJ): | |
| 03. | MATIČNA ŠTEVILKA DELODAJALCA: | |
| 04. | ŠIFRA (KLASIFIKACIJA) DEJAVNOSTI DELODAJALCA: | |
| 05. | REGISTRSKA ŠTEVILKA DELODAJALCA: | |
| 06. | ŠTEVILO ZAPOSLENIH: (glej šifrant 6 v navodilih) | |

B) PODATKI O POŠKODOVANCU

| | | |
|------|---|--|
| 07. | IME IN PRIIMEK: | |
| 08. | SPOL: 1 - moški, 2 - ženski, 9 - ni podatka | |
| 09. | DRŽAVLJANSTVO: 0 - neznano, 1 - slovensko, 2 - neslovensko iz EU (Vpiši:) 3 - neslovensko izven EU (Vpiši:) | |
| 10. | EMŠO: <input type="text"/> Če nimamo EMŠO DATUM rojstva: <input type="text"/> | |
| 11. | ZAPOSLOTIVENI STATUS: (glej šifrant 11 v navodilih) | |
| 12. | VRSTA ZAPOSLOTITVE: 0 - ni podatka, 1 - nedoločen čas, 2 - določen čas, 9 - drugo | |
| 12a. | DELOVNI ČAS: 0 - ni podatka, 1 - poln delovni čas, 2 - skrajšani delovni čas, 9 - drugo | |
| 13. | POKLIC, KI GA OPRAVLJA: (glej šifrant 13 v navodilih) | |
| 14. | KOLIKO UR JE DELAL TA DAN PRED NEZGODO: | |

C) PODATKI O NEZGODI

| | | |
|-----|--|--|
| 15. | DATUM PRIJAVE (DAN, MESEC, LETO): | |
| 16. | DATUM NEZGODE (DAN, MESEC, LETO): | |
| 17. | URA NEZGODE: vpišite uro od 00 do 23 brez minut, 99 - čas neznan | |
| 18. | KJE SE JE NEZGODA PRIPETILA: 0 - ni podatka, 1 - na običajnem delovnem mestu, 2 - začasno delovno mesto v isti enoti, 3 - službena pot ali delovno mesto v drugi enoti, 4 - pot na delo, 5 - pot z dela, 9 - drugo | |
| 19. | VRSTA POŠKODBE: 1 - lažja, 2 - hujša, 3 - kolektivna, 4 - smrtna | |
| 20. | KRAJ NEZGODE (ULICA, HIŠNA ŠT., POŠTNA KODA IN KRAJ): | |
| 21. | NARAVA POŠKODBE: (glej šifrant 21 v navodilih) | |
| 22. | POŠKODOVANI DEL TELESA: (glej šifrant 22 v navodilih) | |
| 23. | DELOVNO OKOLJE: (glej šifrant 23 v navodilih) | |
| 24. | DELOVNI PROCES: (glej šifrant 24 v navodilih) | |
| 25. | SPECIFIČNA AKTIVNOST V ČASU NEZGODE: (glej šifrant 25 v navodilih) | |
| 26. | VZROK NEZGODE: (glej šifrant 26 v navodilih) | |
| 27. | NAČIN POŠKODBE: (glej šifrant 27 v navodilih) | |
| 28. | MATERIALNI POVZROČITELJ: (glej šifrant 28 v navodilih) | |
| 29. | KRATEK OPIS NEZGODE: | |
| 30. | ALI JE BILA NUDENA PRVA POMOČ: 1 - da, 2 - ne, 3 - ni podatka | |
| 31. | PRIČAKOVANI BOLNIŠKI STALEŽ: 1 - do vključno 3 dni, 2 - 4 dni in več | |
| 32. | INTERNO RAZISKAVO JE OZIROMA JO BO OPRAVIL: | |

D) PODATKI O PRIJAVITELJU

| | | |
|-------------------------------------|-----------------|----------|
| 33. | IME IN PRIIMEK: | TELEFON: |
| 34. | DELOVNO MESTO: | |
| PODPIS ODGOVORNE OSEBE DELODAJALCA: | | Žig: |

Izpolni delodajalec

Evidenčna številka pri delodajalcu:

| |
|--|
| |
|--|

E) PODATKI O POŠKODOVANCU

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|------------------------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 35. | IME IN PRIIMEK: | | | | | | | | | | | | | |
| 36. | DATUM POŠKODBE (DAN, MESEC, LETO): | | | | | | | | | | | | | |
| 37. | NASLOV BIVALIŠČA: | | | | | | | | | | | | | |
| | Kraj: | Občina: | | | | | | | | | | | | |
| | Ulica: | | | | | | | | | | | | | |

SPLOŠNA NAVODILA

- Prenovljen obrazec se uporablja od 1.1.2007.
- Delodajalec prijavi vsako poškodbo pri delu, ki zahteva vsaj 1 dan zadržanosti od dela ali smrtno poškodbo pri delu (na delu, službeni poti ali poti na delo ali z dela).
- Delodajalec izpolni štiri kopije, ki jih potrdi izbrani osebni zdravnik poškodovanca.
- Štirje potrjeni izvodi obrazca so namenjeni:
 - en izvod se vrne delodajalcu
 - en izvod se hrani v medicinski dokumentaciji poškodovanca pri izbranem osebnem zdravniku
 - dva izvoda izbrani osebni zdravnik posreduje območni enoti oz. izpostavi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije; ta posreduje en izvod preko Zavodov za zdravstveno varstvo Inštitutu za varovanje zdravja RS za vodenje zdravstvene statistike.
- Za izpolnjevanje podatkov na obrazcu se uporabijo šifre iz navodil.
- Izpolnjen obrazec je potrebno vsebinsko sestaviti po naslednjem zaporedju: list 1+5, 2+6, 3+7, 4+8.
- Kontrolo in dopolnjevanje podatkov za zdravstveno statistiko opravljajo Zavodi za zdravstveno varstvo.
- Obrazci in navodila so dosegljivi tudi na spletni strani: www.ivz.si/poskodbe_pri_delu/
- Prvo stran obrazca je možno uporabiti tudi za prijavljanje po Zakonu o varnosti in zdravju pri delu po navodilih na spletni strani www.id.gov.si/si/obrazci/prijava_nezgod_e_pri_delu/. Delodajalec pošlje peto kopijo prve strani direktno na Inšpektorat RS za delo.

F) POROČILO OSEBNEGA ZDRAVNIKA

Izpolni zdravnik

| | | | | | | | | | | | |
|-----|--|------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 38. | PRIIMEK, IME IN ŠIFRA ZDRAVNIKA: | | | | | | | | | | |
| 39. | NAZIV IN NASLOV ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE, KI IZDAJA POROČILO O POŠKODBI: | | | | | | | | | | |
| 40. | DIAGNOZA POŠKODBE IN ŠIFRA IZ MKB: | | | | | | | | | | |
| 41. | ZUNANJI VZROK POŠKODBE | | | | | | | | | | |
| 42. | ALI IMA POŠKODOVANEC NEKO BOLEZEN, KI JE IMELA ZA POSLEDICO TO POŠKODBO: 1 - da, 2 - ne, 9 - neznano | | | | | | | | | | |
| 43. | ALI IMA POŠKODOVANEC FIZIČNE ALI PSIHIČNE TEŽAVE, KI SO VPLIVALE NA NASTANEK POŠKODBE: 1 - da, 2 - ne, 9 - neznano | | | | | | | | | | |
| 44. | OPIS DOGODKA PO IZPOVEDI POŠKODOVANCA: | | | | | | | | | | |
| 45. | Datum: | Žig: | Podpis zdravnika: | | | | | | | | |