

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:	
B) PODATKI O POŠKODOVANCU		
07.	IME IN PRIIMEK:	
08.	SPOL:	
09.	DRŽAVLJANSTVO: (Vpiši:)	
10.	EMŠO: Če nimamo EMŠO DATUM rojstva:	
11.	ZAPOSLOTVENI STATUS:	
12.	VRSTA ZAPOSLOTVE:	
12a.	DELOVNI ČAS:	
13.	POKLIC, KI GA OPRAVLJA:	
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:	
18.	KJE SE JE NEZGODA PRIPETILA:	
19.	VRSTA POŠKODBE:	
20.	KRAJ NEZGODE (ULICA, HIŠNA ŠT., POŠTNA KODA IN KRAJ):	
21.	NARAVA POŠKODBE:	
22.	POŠKODOVANI DEL TELESA:	
23.	DELOVNO OKOLJE:	
24.	DELOVNI PROCES:	
25.	SPECIFIČNA AKTIVNOST V ČASU NEZGODE:	
26.	VZROK NEZGODE:	
27.	NAČIN POŠKODBE:	
28.	MATERIALNI POVZROČITELJ:	
29.	KRATEK OPIS NEZGODE:	
30.	ALI JE BILA NUDENA PRVA POMOČ:	
31.	PRIČAKOVANI BOLNIŠKI STALEŽ:	
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:

E) PODATKI O POŠKODOVANCU

Izpolni delodajalec

35.	IME IN PRIIMEK:	
36.	DELOVNO MESTO:	
37.	NASLOV BIVALIŠČA:	
	Kraj:	Občina:
	Ulica:	

SPLOŠNA NAVODILA

1. Prenovljen obrazec se uporablja od 1.1.2007.
2. 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).
3. Delodajalec izpolni štiri kopije, ki jih potrdi izbrani osebni zdravnik poškodovanca.
4. 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.
5. Za izpolnjevanje podatkov na obrazcu se uporabijo šifre iz navodil.
6. Izpolnjen obrazec je potrebno vsebinsko sestaviti po naslednjem zaporedju: list 1+5, 2+6, 3+7, 4+8.
7. Kontrolo in dopolnjevanje podatkov za zdravstveno statistiko opravljajo Zavodi za zdravstveno varstvo.
8. Obrazci in navodila so dosegljivi tudi na spletni strani: www.ivz.si/poskodbe_pri_delu/
9. 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: