

## ИЗВЕШТАЈ О ПОВРЕДИ НА РАДУ

### I. ПОДАЦИ О ПОСЛОДАВЦУ

1.	Обвезник подношења извештаја о повреди на раду (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 ПОВРЕЂЕНОМ

8.	Име и презиме повређеног		
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 повређеног		
15.	Статус повређеног		<input type="checkbox"/> у радном односу <input type="checkbox"/> рад ван радног односа <input type="checkbox"/> послодавац

### IV. ПОДАЦИ О НЕПОСРЕДНОМ РУКОВОДИОЦУ ПОВРЕЂЕНОГ

16.	Име и презиме	
17.	Радно место	

**V. ПОДАЦИ О РАДНОМ МЕСТУ И ПОСЛОВИМА ПОВРЕЂЕНОГ И ВРЕМЕНУ И МЕСТУ НАСТУПАЊА ЊЕГОВЕ ПОВРЕДЕ НА РАДУ**

18.	Радно место на које је повређени распоређен		
19.	Посао који је повређени обављао у моменту када се догодила повреда на раду		
20.	Радно искуство повређеног на пословима на којима се повредио		
21.	Да ли је повређени раније претрпео повреду на раду и колико пута		
22.	Време наступања повреде	Дан, месец, година	□□□ □□□ □□□□□□
23.		Дан у седмици	
24.		Доба дана - сат (0-24)	
25.		Радни сат од почетка рада	
26.	Назив места са адресом где се повреда догодила са ближом идентификацијом локације (објекат, градилиште, складиште и сл.)		
27.	Општина		
28.	Држава		
29.	Где се повреда догодила: На свом радном месту На другом месту рада На редовном путу од стана до места рада На редовном путу од места рада до стана На службеном путу Остало		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не

**VI. ПОДАЦИ О ОЧЕВИЦУ**

30.	Име и презиме	
31.	Адреса пребивалишта	

**VII. ПОДАЦИ О ПОВРЕДИ НА РАДУ И МЕРАМА БЕЗБЕДНОСТИ И ЗДРАВЉА НА РАДУ КОЈЕ СУ ПРИМЕЊИВАНЕ НА РАДНОМ МЕСТУ НА КОЈЕМ ЈЕ ПОВРЕЂЕНИ РАДИО**

32.	Колико је укупно запослених повређено на раду		
33.	Колико је укупно запослених погинуло на месту догађаја, односно умрло на путу до здравствене установе		
34.	Извор повреде - материјални узрочник (међународна шифра - МОР)		□□□□
35.	Узрок повреде - начин повређивања (међународна шифра - МОР)		□□□
36.	Кратак опис настанка повреде		
37.	Да ли је у моменту повреде повређени радио на радном месту са повећаним ризиком	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
38.	Да ли је повређени подвргнут претходном и периодичном лекарском прегледу	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
39.	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 дошло до повреде	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	

Датум: \_\_\_\_\_

Место: \_\_\_\_\_

Ред. бр. из евиденције о повредама на раду

М.П.

ОДГОВОРНО ЛИЦЕ

\_\_\_\_\_ (име и презиме)

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

40.	Назив и адреса здравствене установе у којој је повређени прегледан	
41.	Име и презиме лекара који је први прегледао повређеног	
42.	Дијагноза и локализација повреде (уписати назив и шифру дијагнозе по МКБ 10, од најтеже ка најлакшој)	
43.	Спољни узрок повреде по класификацији МКБ 10	
44.	Оцена тежине повреде	<input type="checkbox"/> лака <input type="checkbox"/> тешка <input type="checkbox"/> смртна
45.	Друге примедбе лекара (да ли је повређени под утицајем алкохола, психоактивних супстанци и сл.)	
46.	Да ли је повређени спречен за рад више од три узастопна радна дана	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не

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)