

45.	Да ли је у моменту повреде повређени радио на радном месту са повећаним ризиком	<input type="checkbox"/>
-----	---	--------------------------

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.

М.П.

ПОСЛОДАВАЦ КОРИСНИК
ОДГОВОРНО ЛИЦЕ

ПОСЛОДАВАЦ
ОДГОВОРНО ЛИЦЕ

(име, презиме и потпис)

(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: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□