



Klinički bolnički centar Zagreb
CENTAR ZA HITNU MEDICINU
Rebro, Kišpatićeva 12
Tel: (+385 1) 2367 414, 2367 415, 2367 416
Pročelnik: Doc.dr.sc. Ivan Gornik



Ambulanta: HK1

Slučaj broj: 20160500366

VULJE DANIJELA

Rođena: 31.03.1997 Adresa: KARLOVAČKA 55, 10000 Zagreb

Dopunsko osiguranje: 14471181

Matični broj: 155556694

Datum početka:

Datum završetka:

Protokol broj: 2016019706

Anamneza i status

04.05.2016 13:09

Sudjelovala u prometnoj nezgodi kao vozač osobnog automobila. Udarena od drugog vozila sa stražnje strane. Bila vezana. Udarila glavom u naslon od sjedalice. Sama izašla iz vozila. Nije gubila svijest, nije povraćala, nije joj muka. Žali se na zatezanje u vratu i glavobolju i trnjenje u obje šake.

Dosadašnje bolesti: zdrava

Od th: /

Alergije na lijekove negira.

Pacijent hemodinamski stabilan, kardiopulmonalno kompenziran, RR 130/90mmHG,

cp 105/min, spO2 98%

Pri svijesti, kontaktibilan, orjentiran, GCS 15, izokoričnih srednje širokih zjenica, urednih reakcija na akomodaciju i fotostimulus, bez neuroloških ispada, bez lateralizacije, GMS primjerena, u Rombergu stabilan.

Vrat palpatorno bezbolan, punog opsega pokreta.

Toraks inspekijski bez znakova traume, palpacijski bezbolan, auskultacijski uredan šum disanja.

Abdomen inspekijski bez znakova traume, u razini prsišta, palpacijski mekan i bezbolan, bez znakova peritonealnog podražaja, LS bezbolna.

Zdjelica inspekijski bez znakova traume, bezbolna na kompresiju.

Kralješnica bez vidljivih znakova traume, cijelom dužinom palpacijski bezbolna i uredno pokretna.

Ekstremiteti simetrični, bez vidljivog hematoma ili edema, palpacijski bezbolni, uredno pokretni, zglobovi ligamentarno stabilni, uredan periferni NC status.

Nalaz

Cervikogram uredan.

Dijagnoza

Sy whiplash

Mišljenje

Schantznov okovratnik.

Mirovanje, analgetici po potrebi. Normable 2x 2mg (posebno prije spavanja).

Kontrola u općoj kirurškoj ambulanti za 9 dana s uputnicom.

Komentar:

Liječnik u službi (mlađi):

ALAN KVARANTAN, dr.med.

LIJEČNIK SPECIJALIZANT
(7840403)

Liječnik u službi (stariji):

prof.dr.sc. TOMISLAV LUETIĆ, dr. med.

SPECIJALIST OPĆE I DJEČJE KIRURGIJE
(0124303)

NAPOMENA: Umjesto preporučenog lijeka izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite može propisati i drugi lijek istog razreda učinkovitosti u odgovarajuće jednakim dozama.

Uz pisani radiološki nalaz su izdani i svi slikovni materijali na CD mediju.

Marin Davulović, dr. med.
7849115



Klinički bolnički centar Zagreb
CENTAR ZA HITNU MEDICINU
Rebro, Kišpatićeva 12
Tel: (+385 1) 2367 414, 2367 415, 2367 416
Pročelnik: Doc.dr.sc. Ivan Gornik



Ambulanta: HO3

Slučaj broj: 20160511264

VULJE DANIJELA

Rođena: 31.03.1997 Adresa: KARLOVAČKA 55, 10000 Zagreb

Dopunsko osiguranje: 14471181

Matični broj: 155556694

Datum početka:

Datum završetka:

Protokol broj: 2016006803

KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR ZA HITNU
MEDICINU
CENTAR ZA HITNU MEDICINU
ZAGREB, Kišpatićeva 12

Anamneza i status

06.05.2016 12:54

Bolesnica dolazi u pratnji prijateljice jer ima jaku glavobolju, te joj trnu obje ruke. Osijeća bolnost u ramenima te u vratu u području cervikalne kralježnice. Na palpaciju pojačava se bolnost. Prije dva dana 4.5.2016 imala prometnu. Lupila glavom u sjedalo. Bila je vezana. Od tada ima trnce i glavobolju. Nije gubila svijest. Ima mučninu no nije povraćala. Bolnost je u cijeloj glavi. Fotofobija. Tada su napravili Rtg vratne kralježnice koji nije prikazao frakturu.

U 12 sati popila Ibuprofen 400mg po čemu dolazi do regresije simptoma.

Dosadašnje bolesti: nije teže bolovala.

U terapiji: Normabel, Ibuprofen, Vaginalete.

Alergije na lijekove negira.

Urednog stanja svijesti, uspostavlja se uredan verbalni kontakt. Govor uredan. Ima postavljen Schantznov ovrtnik.

Zjenice izokorične, uredne fotomotorike. Bulbusi medioponirani, uredne bulbomotorike, nema nistagmusa niti dvoslika. VP b.o. Mimična muskulatura simetrično inervirana. Status ostalih kranijalnih živaca uredan.

U AG položaj aktivno dovodi i simetrično održava sva 4 ekstremiteta. MTR simetrični, 2+, patološki se ne izazivaju. GMS obostrano 5/5. Osjet uredan. Koordinacija uredna. Romberg negativan. Hod uredan. Sfinktere kontrolira.

Somatski status: afebrilna, RR 130/80mmHg, kardiopulmonalno kompenzirana. Noge bez edema urednih pulsacija.

Nalaz

CT mozga

MSCT učinjen nativno u hitnoj službi

Nema znakova svježe ishemije, hemoragije ili žarišnog ekspanzivnog procesa moždanog parenhima.

Ventrikularni sustav je centralno smješten, primjerene širine. Bazalne cisterne su slobodne. Nema znakova prekida koštanog kontinuiteta.

Dijagnoza

Cephalea

St post contusio capitis

Mišljenje

Nema indikacije za hitan prijem.

Savjetujemo mirovanje, analgetika prema potrebi.

Postupiti po preporukama kirurga. Kontrola neurologa prema potrebi.

Komentar:

Liječnik u službi (mlađi):

MANUELA FORO ZNIKA, dr.med.

LIJEČNIK SPECIJALIZANT
(7840764)

Liječnik u službi (stariji):

Dr. sc. MARINA BOBAN

SPECIJALIST NEUROLOG
(0172880)

NAPOMENA: Umjesto preporučenog lijeka izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite može propisati i drugi lijek istog razreda učinkovitosti u odgovarajuće jednakim dozama.

Dr. sc. Marina Boban
spec. neurolog
7 2 8 8 0



KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR ZAGREB
KLINIKA ZA KIRURGIJU
Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu
10000 Zagreb, Kišpatićeva 12, tel +385 (1) 2388 215
Predstojnik: prof.dr.sc. MATE ŠKEGRO, dr. med.



POLIKLINIČKI ODJEL KIRURGIJE
AMBULANTA ZA OPĆU KIRURGIJU
Narudžbe: fax: +385 (1) 2421173;
Informacije: +385 (1) 2367204 (od 13:00-15:00h)

NALAZ

Protokol broj: **2016001812**

VULJE DANIJELA

Rođena: 31.03.1997 Adresa: KARLOVAČKA 55, 10000 Zagreb

Dijagnoza: S16.0 - Ozljeda mišića i tetiva u području vrata

MBOO: 155556694

Registarski broj: 391648

Datum nalaza: 13.05.2016

Nalaz

Kontrola nakon prometne nesreće 04,05,2016. Tada pregledana u HKA i postavljen meki Schantz. 2 dana kasnija pregledana u HNA zbog komocijskih simptoma. Sada simptomi subjektivno manji. Vratna muskulatura dalje bolna pri pokretima i napeta.

Dalje meki Schantz.

Kontrola u ambulanti opće kirurgije 20,05,2016 u 10:00.

U slučaju pogoršanja javiti se u hitnu službu odmah.

Liječnik:

MARKO MANCE, dr. med.
LIJEČNIK SPECIJALIZANT
(7749872)

NAPOMENA: Umjesto preporučenog lijeka izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite može propisati i drugi lijek istog razreda učinkovitosti u odgovarajuće jednakim dozama.

Marko Mance
doktor medicine
7749872

20.5.16. Schantz ex
Subjektivno dobro
kontrola kirurga p.p.

BOLNIČKA JEDINICA ZA CENTRALNO NARUČIVANJE

POTVRDA O NARUDŽBI PACIJENTA

Br. 006200621160766515

bolničko liječenje

specijalistički i subspecijalistički pregled

dijagnostički i terapijski postupak

Ime i prezime pacijenta: DANIJELA VULJE (31.03.1997)

Matični broj osiguranika (MBO): 155556694

(podatak iz zdravstvene iskaznice)

Adresa pacijenta: KARLOVAČKA 55, 10000 Zagreb

Telefonski broj ili broj mobitela pacijenta: _____

Zdravstvena usluga za koju se pacijent naručuje: KIR KP

Kontrolni pregled u PZZ/SKZZ _____

Šifra postupka: 11012

Datum narudžbe pacijenta za zdravstvenu uslugu: 13.05.2016

Datum i sat zakazanog termina za obavljanje zdravstvene usluge: pet 20.05.2016 13:30

u: KIR-OKA-spec. ambulanta za opću kirurgiju

Kontrola ili fiksni termin po odabiru liječnika/pacijenta:

Ime i prezime odgovorne osobe:

DRAGICA KRIŽANOVIĆ, bacc.med.techr

Pacijent je na telefon, telefaks ili e-mail adresu naznačene u zaglavlju ove narudžbe dužan otkazati zakazani pregled ukoliko nije u mogućnosti doći ili je odustao.

VAŽNO:

NAVEDENO VRIJEME PREGLEDA JE OKVIRNO!

Marko M.
doktor medicine
1749873

Datum: 13.06.2016.

Šifra referenta: 1249447

Broj računa: HR2624840083235360579

Vlasnik računa: VULJE DANIJELA

Šifra komitenta: 1479568

Valuta: 191 - HRK

Knjigovodstveni konto: Glavnica kunskog transakcijskog racuna fizicke osobe

Vrsta transakcije: Sve Transakcije

Datum valute

Datum od: 01.06.2016.

Datum do: 13.06.2016.

Broj transakcija:

Kartica prometa po računu

Datum knjiženja	Vrij.	Datum valute	Posl.	Vrsta trans.	Opis transakcije	Dugovni iznos	Potražni iznos	Saldo	Šifra referenta	Br. izvoda
10.06.2016.	04:10	09.06.2016.	019	5040d	RBA ISPLATA GOTOVI RBA FRANJE TU JAS	=300,00	=0,00	=59,33	000010	
09.06.2016.	15:48	09.06.2016.	012	5119c	NKS priljev	=0,00	=75,00	=359,33	000010	
09.06.2016.	15:48	09.06.2016.	012	5119c	NKS priljev	=0,00	=218,18	=284,33	000010	
02.06.2016.	15:00	02.06.2016.	031	5285d	Naknada za FlexiSTART	=22,00	=0,00	=66,15	000010	

POVIJEST BOLESTI I KLINIČKI NALAZ

1.6.2016

IME I PREZIME: Danijela Vulje 1997

Dg/ Dystensio colli

Stanje po prometnoj nezgodi i trzajnoj ozljedi vrata 4.5.16, zbrinuta konzervativno, apliciran ovratnik više od 2 tjedna.

Klinički bolnost u C segmentu i ramenima, te lijevoj skapuli.

Napeta PVM; MTR simetrični, GMS uredna.

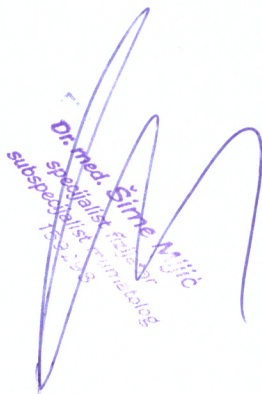
Spurling neg, test brahijalsia neg.

AFt1 0x

UZV na trap

MOP; MZ; MG za C segment

TENS na trap I C



Dr. med. Šime Mijić
specijalist fizikalne medicine i rehabilitacije
subspecijalist reumatolog
Kralja Tomislava 29 Jastrebarsko 10450

Regionalni ured
ZAGREB
MBO 155556694

Područna služba
114 ZAGREB

OIB 96282592171

Ime i prezime **DANIJELA VULJE**

Datum rođenja **31.03.1997**

Adresa osig. osobe
Grad/naselje **ZAGREB**
Ulica i broj **KARLOVAČKA 55**

ZDRAVSTVENA USTANOVA
- ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE
DOM ZDRAVLJA ZAGREB CENTAR



Šifra zdravstvene ustanove-ordinacije privatne prakse:

9 0 0 0 0 8 7 7 6

0 1 0 6 7 6 3

Šifra doktora medicine

1 0 1 0 0 0 0

Šifra djelatnosti izabranog doktora

H R V M Ž A
Država Spol Kat. osig.

IZVJEŠĆE o privremenoj nesposobnosti / spriječenosti za rad

1. ŠIFRE UZROKA PRIVREMENE NESPOSOBNOSTI / SPRIJEČENOSTI ZA RAD

Bolest	Transpl. u korist druge osigurane osobe	1) Ozljeda na radu	2) Profesionalna bolest	Izolacija	3) Posljedice sudjelovanja u Domovinskom ratu	Pratnja	Njega člana obitelji				Komplikacije u svezi trudnoće i porođaja	Rodiljni dopust	Ostale ozljede (čl. 139., 141. Zakona)
							Do 3. g. života djeteta	Od 3. do 7. g. života djeteta	Od 7. do 18. g. života djeteta	Od 18. g. života djeteta i njega supružnika			
A0	A1	B0	C0	D0	DR	E0	F1	F2	F3	F5	G0	H1	da* ne

1A. PODACI O KORISNIKU NJEGE I PRATNJE

Prezime i ime _____

MBO _____ OIB _____

Dan, mjesec i godina rođenja _____ Srodstvo _____ Šifra _____

1B. PODACI O PRIVREMENOJ NESPOSOBNOSTI ZA RAD

Datum početka privremene nesposobnosti po određenoj dijagnozi ⁴⁾ 0 4 0 5 2 0 1 6

Datum privremene nesposobnosti za rad ⁵⁾

prvi _____ posljednji _____

Privremena spriječenost korištena na osnovi: ⁸⁾ KLASA: _____

URBROJ: _____

Primjena čl. 52. st.3. Zakona da* - ne* ⁶⁾ ne*

Datum _____

Broj evidencije ⁹⁾ Prijave ozljede/bolesti PN TJCO / _____

OR PB

Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti _____

Trajanje privremene nesposobnosti / spriječenosti za tekući mjesec od 0 4 0 5 2 0 1 6 do 3 1 0 5 2 0 1 6

Broj sati ⁷⁾ u tijeku dana _____

Čl. 53. st.1 Zakona da* ¹¹⁾ _____

Datum zaključenja privremene nesposobnosti / spriječenosti ¹²⁾ _____

2. OBRAČUN NAKNADE PLAĆE OSIGURANIKU

Potpis i faksimil doktora medicine _____ Datum 3 0 0 5 2 0 1 6

Privremena nesposobnost / spriječenost za rad		Broj		Osnovica za obračun			Obračun za isplatu	
Od	Do	Dana	Sati	Po satu	%	Po satu	Ukupno	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	

Obveznik uplate doprinosa je isplatio naknadu plaće dana _____ M.P. _____ Potpis _____

Navedeni podaci daju se pod materijalnom i kaznenom odgovornošću.

3. KONTROLA OBRAČUNA U HZZO

Obračunao: _____ Kontrolirao: _____

U _____, _____ g.

Regionalni ured
ZAGREB
MBO 155556694

Područna služba
114 ZAGREB

OIB 96282592171

Ime i prezime DANIJELA VULJE

Datum rođenja 31.03.1997

Adresa osig. osobe
Grad/naselje ZAGREB
Ulica i broj KARLOVAČKA 55

ZDRAVSTVENA USTANOVA
- ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE
DOM ZDRAVLJA ZAGREB - CENTAR



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Šifra zdravstvene ustanove-
ordinacije privatne prakse:

9 0 0 0 0 8 7 7 6

0 0 9 3 1 0 6

Šifra doktora medicine

1 0 1 0 0 0 0

Šifra djelatnosti izabranog doktora

H R V M Ž A
Država Spol Kat. osig.

IZVJEŠĆE o privremenoj nesposobnosti / spriječenosti za rad

1. ŠIFRE UZROKA PRIVREMENE NESPOSOBNOSTI / SPRIJEČENOSTI ZA RAD

Bolest	Transp. u korist druge osigurane osobe	1) Oziđeda na radu	2) Profesionalna bolest	Izolacija	3) Posljedice sudjelovanja u Domovinskom ratu	Pratnja	Njega člana obitelji				Komplikacije u svezi trudnoće i porođaja	Rodiljni dopust	Ostale oziđede (čl. 139., 141. Zakona)
							Do 3. g. života djeteta	Od 3. do 7. g. života djeteta	Od 7. do 18. g. života djeteta	Od 18. g. života djeteta i njega supružnika			
A0	A1	B0	C0	D0	DR	E0	F1	F2	F3	F5	G0	H1	da* (ne)

1A. PODACI O KORISNIKU NJEGE I PRATNJE

Prezime i ime _____

MBO _____ OIB _____

Dan, mjesec i godina rođenja _____ Srodstvo _____ Šifra _____

1B. PODACI O PRIVREMENOJ NESPOSOBNOSTI ZA RAD

Datum početka privremene nesposobnosti po određenoj dijagnozi⁴⁾ [0|4|0|5|2|0|1|6]

Datum privremene nesposobnosti za rad⁵⁾
prvi _____ posljednji _____

Privremena spriječenost korištena na osnovi:⁸⁾
KLASA: _____
URBROJ: _____

Primjena čl. 52. st.3. Zakona da* (ne*)⁶⁾ Datum _____

Trajanje privremene nesposobnosti / spriječenosti za tekući mjesec od [0|1|0|7|2|0|1|6] do [0|2|0|7|2|0|1|6] Broj sati⁷⁾ u tjednu dana _____ Čl. 53. st.1 Zakona da*¹¹⁾ _____

Datum zaključenja privremene nesposobnosti / spriječenosti¹²⁾ [0|2|0|7|2|0|1|6]

2. OBRAČUN NAKNADE PLAĆE OSIGURANIKU

Potpis i faksimil doktora medicine _____ Datum [0|4|0|7|2|0|1|6]

Privremena nesposobnost / spriječenost za rad		Broj Sati	Dana	Osnovica za obračun %	Po satu	Ukupno
Od	Do					
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Obveznik uplate doprinosa je isplatio naknadu plaće dana _____ M.P. _____ Potpis _____

Navedeni podaci daju se pod materijalnom i kaznenom odgovornošću.

3. KONTROLA OBRAČUNA U HZZO

Obračunao: _____ Kontrolirao: _____

U _____, _____ g.

Regionalni ured
ZAGREB

Područna služba
114 ZAGREB

MBO 155556694

OIB 96282592171

Ime i prezime DANIJELA VULJE

Datum rođenja 31.03.1997

Adresa osig. osobe
Grad/naselje Ulica i broj
ZAGREB KARLOVAČKA 55

ZDRAVSTVENA USTANOVA
- ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE
DOM ZDRAVLJA ZAGREB - CENTAR



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Šifra zdravstvene ustanove-
ordinacije privatne prakse:

9 0 0 0 0 8 7 7 6

0 0 9 3 1 0 6

Šifra doktora medicine

1 0 1 0 0 0 0

Šifra djelatnosti izabranog doktora

H R V M Ž A
Država Spol Kat. osig.

IZVJEŠĆE o privremenoj nesposobnosti / spriječenosti za rad

1. ŠIFRE UZROKA PRIVREMENE NESPOSOBNOSTI / SPRIJEČENOSTI ZA RAD

Bolest	Transpl. u korist druge osigurane osobe	1) Ozljeda na radu	2) Profesionalna bolest	Izolacija	3) Posljedice sudjelovanja u Domovinskom ratu	Pratnja	Njega člana obitelji				Komplikacije u svezi trudnoće i porodaža	Rodiljni dopust	Ostale ozljede (čl. 139., 141. Zakona)	
							Do 3. g. života djeteta	Od 3. do 7. g. života djeteta	Od 7. do 18. g. života djeteta	Od 18. g. života djeteta i njega supružnika			da*	ne*
A0	A1	B0	C0	D0	DR	E0	F1	F2	F3	F5	G0	H1	da*	ne*

1.A. PODACI O KORISNIKU NJEGE I PRATNJE

Prezime i ime _____

MBO _____ OIB _____

Dan, mjesec i godina rođenja _____ Srodstvo _____ Šifra _____

1.B. PODACI O PRIVREMENOJ NESPOSOBNOSTI ZA RAD

Datum početka privremene nesposobnosti po određenoj dijagnozi ⁴⁾ [0|4|0|5|2|0|1|6]

Datum privremene nesposobnosti za rad ⁵⁾
prvi _____ posljednji _____

Privremena spriječenost korištena na osnovi: ⁸⁾
KLASA: _____
URBROJ: _____ Datum _____

Primjena čl. 52. st.3. Zakona da* - **ne*** ⁶⁾

Trajanje privremene nesposobnosti / spriječenosti za tekući mjesec od _____ do _____ Broj sati ⁷⁾ u tjednu dana _____ Čl. 53. st.1 Zakona da* ¹¹⁾

Datum zaključenja privremene nesposobnosti / spriječenosti ¹²⁾ [0|2|0|7|0|1|6]

2. OBRAČUN NAKNADE PLAĆE OSIGURANIKU

Potpis i pečatni doktora medicine _____ Datum [3|0|0|6|2|0|1|6]

Privremena nesposobnost / spriječenost za rad		Broj		Osnovica za obračun		Obračun za isplatu	
Od	Do	Dana	Sati	Po satu	%	Po satu	Ukupno
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Obveznik uplate doprinosa je isplatio naknadu plaće dana _____ M.P. _____ Potpis _____

Navedeni podaci daju se pod materijalnom i kaznenom odgovornošću.

3. KONTROLA OBRAČUNA U HZZO

Obračunao: _____ Kontrolirao: _____

U _____ , _____ g.

Regionalni ured
ZAGREB

Područna služba
114 ZAGREB

MBO 155556694

OIB 96282592171

Ime i prezime DANIJELA VULJE

Datum rođenja 31.03.1997

Adresa osig. osobe
Grad/naselje ZAGREB
Ulica i broj KARLOVAČKA 55

ZDRAVSTVENA USTANOVA
- ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE
DOM ZDRAVLJA ZAGREB - CENTAR



Šifra zdravstvene ustanove-
ordinacije privatne prakse:

9 0 0 0 0 8 7 7 6

0 0 9 3 1 0 6

Šifra doktora medicine

1 0 1 0 0 0 0

Šifra djelatnosti izabranog doktora

H R V M Ž A
Država Spol Kat. osig.

IZVJEŠĆE o privremenoj nesposobnosti / spriječenosti za rad

1. ŠIFRE UZROKA PRIVREMENE NESPOSOBNOSTI / SPRIJEČENOSTI ZA RAD

Bolest	Transp. u korist druge osigurane osobe	1) Ozljeda na radu	2) Profesionalna bolest	Izolacija	3) Posljedice sudjelovanja u Domovinskom ratu	Pratnja	Njega člana obitelji				Komplikacije u svezi trudnoće i porođaja	Rodiljni dopust	Ostale ozljede (čl. 139., 141. Zakona)	
							Do 3. g. života djeteta	Od 3. do 7. g. života djeteta	Od 7. do 18. g. života djeteta	Od 18. g. života djeteta i njega supružnika			da*	ne
A0	A1	B0	C0	D0	DR	E0	F1	F2	F3	F5	G0	H1	da*	ne

1A. PODACI O KORISNIKU NJEGE I PRATNJE

Prezime i ime _____

MBO _____ OIB _____

Dan, mjesec i godina rođenja _____ Srodstvo _____ Šifra _____

1B. PODACI O PRIVREMENOJ NESPOSOBNOSTI ZA RAD

Datum početka privremene nesposobnosti po određenoj dijagnozi ⁴⁾ 0 4 0 5 2 0 1 6

Datum privremene nesposobnosti za rad ⁵⁾
prvi _____ posljednji _____

Privremena spriječenost korištena na osnovi: ⁸⁾
KLASA: _____
URBROJ: _____

Primjena čl. 52. st.3. Zakona da* - (ne*) ⁶⁾ Datum _____

Trajanje privremene nesposobnosti / spriječenosti za tekući mjesec od _____ do _____
Broj sati ⁷⁾ u tijeku dana _____
Čl. 53. st. 3. Zakona _____

Datum zaključenja privremene nesposobnosti / spriječenosti ¹²⁾ _____

Broj evidencije ⁹⁾ Prijave ozljede/bolesti
PN TJC _____

OR PB _____
Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

2. OBRAČUN NAKNADE PLAĆE OSIGURANIKU

Potpis i faksimil doktora medicine

3 0 0 6 2 0 1 6

Datum

Privremena nesposobnost / spriječenost za rad		Broj		Osnovica za obračun	Obračun za isplatu		
Od	Do	Dana	Sati	Po satu	%	Po satu	Ukupno
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Obveznik uplate doprinosa je isplatio naknadu plaće dana _____ M.P. _____ Potpis _____

Navedeni podaci daju se pod materijalnom i kaznenom odgovornošću.

3. KONTROLA OBRAČUNA U HZZO

Obračunao: _____ Kontrolirao: _____

U _____, _____ g.

HZZO - Direkcija, Zagreb
Doznaka, V10, 19/01/2015

