

Regionalni ured
ZAGREB
MBO 125036976
OIB 57.1.16356137
Ime i prezime **MATEA LJUBAN KUŠEVIĆ**
Datum rođenja 11.06.1992
Adresa osig. osobe
Grad/naselje
ZAGREB
Ulica i broj
JARUŠČICA 11

ZDRAVSTVENA USTANOVA
- ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE
DOM ZDRAVLJA ZAGREB ZAPAD



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Šifra zdravstvene ustanove-
ordinacije privatne prakse:

9 0 0 0 1 9 9 3 0

0 1 6 9 8 9 7

Šifra doktora medicine

1 0 4 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

POSREDOVANJE U POSREDOVANJE OSOBNOSTI / SPRIJEČENOSTI ZA RAD														
Bolest	Transpl. u korist druge osigurane osobe	1) Ozljeda na radu	2) Profesionalna bolest	Izolacija	Posljedice sudjelovanja u Domovinskom ratu	Pratnja	Njega člana obitelji				Komplikacije u svezi trudnoće i poroda	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 1 1 2 0 2 4
Datum privremene nesposobnosti za rad ⁵⁾ _____
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 tijeku dana _____
Čl. 53. st.1 Zakona da* ¹¹⁾ _____
Datum zaključenja privremene nesposobnosti / spriječenosti ¹²⁾ 0 9 0 1 2 0 2 5
Broj evidencije ⁹⁾ Prijave ozljede/bolesti
PN TJO _____ / _____
¹⁰⁾ OR PB _____
Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

2. OBRAČUN NAKNADE PLAĆE OSIGURANIKU

Potpis i faksimil doktora medicine *Alenka Akšamija Gorić dr. med. spec. ginekologije i porodništva*
M.P. _____ Datum 0 9 0 1 2 0 2 5
Obračun za isplatu
Privremena nesposobnost / spriječenost za rad
Od Do Dana Sati Osnovica za obračun Po satu % Po satu ¹⁶⁴ Ukupno
Obveznik uplate doprinosa je isplatio naknadu plaće dana _____
Ime i prezime/OIB odgovorne osobe _____
Navedeni podaci daju se pod materijalnom i kaznenom odgovornošću.

3. KONTROLA OBRAČUNA U HZZO

Obračunao: _____ Kontrolirao: _____

U _____, _____ g.

Regionalni ured
ZAGREB
MBO 125036976
OIB 57116356137
Ime i prezime **MATEA LJUBAN KUŠEVIĆ**
Datum rođenja 11.06.1992
Adresa osig. osobe
Grad/naselje Ulica i broj
ZAGREB JARUŠČICA 11

ZDRAVSTVENA USTANOVA
- ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE
DOM ZDRAVLJA ZAGREB ZAPAD



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Šifra zdravstvene ustanove-
ordinacije privatne prakse:

9 0 0 0 1 9 9 3 0

0 1 6 9 8 9 7

Šifra doktora medicine

1 0 4 0 0 0 0

Šifra djelatnosti izabranog doktora

H R V

Država

M 2

Spol

A

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	3) Izolacija	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⁾ 1 0 0 1 2 0 2 5
Datum privremene nesposobnosti za rad ⁵⁾ _____
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.1 Zakona da* ¹¹⁾ _____
Datum zaključenja privremene nesposobnosti / spriječenosti ¹²⁾ 0 9 0 7 2 0 2 5
Broj evidencije ⁹⁾ Prijave ozljede/bolesti PN TJO _____
¹⁰⁾ OR PB _____
Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti _____

2. OBRAČUN NAKNADE PLAĆE OSIGURANIKU

Potpis i faksimil doktora medicine: _____ Datum _____
Osnovica ⁸⁾ 8 9 7
104
Obračun za isplatu
Privremena nesposobnost / spriječenost za rad Broj Osnovica ⁸⁾ za obračun
Od Do Dana Sati Po satu % Po satu Ukupno

Obveznik uplate doprinosa je isplatio naknadu plaće dana _____
Ime i prezime/OIB odgovorne osobe _____
Navedeni podaci daju se pod materijalnom i kaznenom odgovornošću.

3. KONTROLA OBRAČUNA U HZZO

Obračunao: _____ Kontrolirao: _____

U _____, _____ g.