

Regionalni ured
Rijeka

Područna služba
065 - Pazin

MBO **143024167**

OIB **84945523430**

Ime i prezime **SARA OVUKA**

Datum rođenja **21.05.1988**

Adresa osig. osobe
Grad/naselje **POREČ**, Ilirska 24

Ulica i broj

ZDRAVSTVENA USTANOVA
- ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE
Spec. ginekološka ordinacija, Rafael Sandalj

Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Šifra zdravstvene ustanove -
ordinacije privatne prakse:

2 8 2 0 2 8 2 0 0

0 0 8 0 0 3 9

Šifra doktora medicine

1 0 4 0 0 0 0

Šifra djelatnosti izabranog doktora

Država **Ž** Spol **B** Kat osig

IZVJEŠĆE o privremenoj nesposobnosti / spriječenosti za

1. ŠIFRE UZROKA PRIVREMENE NESPOSOBNOSTI / SPRIJEČENOSTI ZA RAD

Bolest	Transpi u korist druge osigurane osobe	1) Ozljeda na radu	2) Profesionalna Bolest	Izolacija	3) Poslj. sudj. u Domov. ratu	Pratnja	Njega člana obitelji				Kompl. u svezi trud i porod	Rodiljni dopust	Ostale ozljede (Čl. 139., 141 zakona)*
A0	A1	B0	CO	D0	DR	E0	Do 3 god života djeteta	Od 3 do 7 god života djeteta	Od 7 do 18 g života djeteta	Od 18 g. života djeteta i njega supružnika	G0	H1	da* ne*

1A. PODACI O KORISNIKU NJEGE I PRATNJE

Prezime i ime _____

MBO _____ OIB _____

Dan, mjesec i
godina rođenja _____ Srodstvo **5** Šifra _____

1B. PODACI O PRIVREMENOJ NESPOSOBNOSTI ZA RAD

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

Datum privremene nesposobnosti za rad ⁵⁾ _____

Privremena spriječenost korištena
na osnovi: ⁸⁾ _____

Klasa: _____

Ur. br.: _____

Datum _____

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

Trajanje
privremene
nesposobnosti
/ spriječenosti za
tekući mjesec

Od **2 4 1 1 2 0 2 5**

Do _____

Broj sati ⁷⁾
u tijeku dana _____

PN TJO _____

Broj evidencije
prijava ozljede / bolesti ⁹⁾ _____

OR PB _____

Evidencijski broj priznate ozljede
na radu / profesionalne bolesti ¹¹⁾ _____

Čl. 53. st. 1. Zakona _____ da

Datum zaključenja privremene nesposobnosti / spriječenosti ¹²⁾ _____

2. OBRAČUN NAKNADE PLAĆE OSIGURANIKU

Potpis i faksimil doktora medicine _____ M.P. **2 1 1 1 2 0 2 5** 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. _____

Ime i prezime/OIB odgovorne osobe _____

Navedeni podaci daju se pod materijalnom i kaznenom odgovornošću

3. KONTROLA OBRAČUNA U HZZO

Obračunao: _____ Kontrolirao: _____

U _____ god.