

Područni ured 114 ZAGREB
MBO 130889180
OIB 74691851658
Ime i prezime TIHANA TOMAS SKALA
Datum rođenja 28.12.1976
Adresa osigurane osobe
Grad/naselje Ulica i broj
ZAGREB ULICA KNEZA BRANIMIRA 91

ZDRAVSTVENA USTANOVA
- ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE
DOM ZDRAVLJA ZAGREB - CENTAR



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Šifra zdravstvene ustanove-
ordinacije privatne prakse: 900008792

0103179
Šifra doktora medicine

1010000
Šifra djelatnosti izabranog doktora

HRV
Država

M 2
Spol

A
Kat. osig.

IZVJEŠĆE o privremenoj nesposobnosti / spriječenosti za rad

1. EVIDENCIJSKA OZNAKA PRIVREMENE NESPOSOBNOSTI / SPRIJEČENOSTI ZA RAD

Bolest	Transplan- tacija u korist druge osigurane osobe	1) Ozljeda na radu	2) Profesionalna bolest	Izolacija kliconoše	Izolacija/ zaraza u okolini	Posljedica 3) sudjelovanja u Domaćinskom radu	Pratnja	Njega člana obitelji			Komplikacije u vezi trudnoće i poroda	Rodiljni dopust	Primjena članaka 139. i 141. Zakona
								Do sedme godine djeteta	Od sedme do 18. godine djeteta	Od 18. godine dje- teta i njega supružni- ka/životnog partnera			
A0	A1	B0	C0	D1	D2	DR	E0	F6	F3	F5	G0	H1	da* ne*

1A. PODACI O KORISNIKU NJEGE* ☐ PRATNJE* ☐

Ime i prezime _____
MBO _____ OIB _____
Dan, mjesec i godina rođenja _____ Srodstvo _____ Šifra _____

1B. PODACI O PRIVREMENOJ NESPOSOBNOSTI / SPRIJEČENOSTI ZA RAD

Datum početka privremene nesposobnosti/spriječenosti po određenoj dijagnozi 4) 01.02.2022

Datum ponovo utvrđene privremene nesposobnosti/ spriječenosti	Privremena spriječenost korištena na osnovi: 8) KLASA: _____ URBROJ: _____ Datum _____	Broj evidencije 9) Prijave ozljede/bolesti PN TJO _____ 10) OR PB _____ Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti
--	--	--

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

Trajanje privremene nesposobnosti/spriječenosti
za tekući mjesec 01.06.2026 do 30.06.2026 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

M.P.

29.06.2026

Datum

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

Poslodavac je
isplatio naknadu plaće dana _____ Ime i prezime/OIB ovlaštene osobe poslodavca _____

Navedeni podaci daju se pod materijalnom i kaznenom odgovornošću.

3. KONTROLA OBRAČUNA ZAVODA

Obračunao:	Kontrolirao:
------------	--------------

U _____, _____ G.

* - potrebno označiti