Područni ured 114 ZAGREB

MBO 127260686

OIB 19050531728

Ime i prezime DALIBOR VUJIĆ

Datum rođenja 28.03.1972

Adresa osigurane osobe

Grad/naselje ZAGREB

Ulica i broj ANTOLJAKI 3

ZDRAVSTVENA USTANOVA
- ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE
DOM ZDRAVLJA ZAGREB - CENTAR

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Šifra zdravstvene ustanove-ordinacije privatne prakse: 000128783

9137254 Šifra doktora medicine

1010000 Šifra djelatnosti izabranog doktora

HRV Država | M Ž Spol | A Kat. osig.

IZVJEŠĆE
o privremenoj nesposobnosti / spriječenosti za rad

1. EVIDENCIJSKA OZNAKA PRIVREMENE NESPOSOBNOSTI / SPRIJEČENOSTI ZA RAD

Bolest	Transplantacija u korist druge osigurane osobe	1) Ozljeda na radu	2) Profesionalna bolest	Izolacija kliconoše	Izolacija/zaraza u okolini	Posljedica 3) sudjelovanja u Domovinskom ratu	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 djeteta i njega supružnika/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) 24.07.2026

Datum ponovo utvrđene privremene nesposobnosti/spriječenosti 5) _____

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

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

Broj evidencije 9) Prijave ozljede/bolesti
PN TJO _____

OR PB 10) _____
Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

Trajanje privremene nesposobnosti/spriječenosti za tekući mjesec od 01.10.2026 do 31.10.2026

Broj sati 7) u tijeku dana _____

čl. 53. st. 1. Zakona da* 11)

Datum zaključenja privremene nesposobnosti/spriječenosti 12) _____

M.P. 28.10.2026

Potpis i faksimil doktora medicine — Datum

2. OBRAČUN NAKNADE PLAĆE OSIGURANIKU

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