

Regionalni ured  
**ZAGREB**  
MBO 122282957  
OIB 07513453658  
Ime i prezime **SANJICA KOVA I -OSTRI KI**  
Datum rođenja **08.04.1967**  
Adresa osig. osobe  
Grad/naselje Ulica i broj  
**SESVETE SOPNI KA 49A**

ZDRAVSTVENA USTANOVA  
- ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE  
Specijalisti ka ordinacija obiteljske  
medicine Mirna Babi  
dr.med.spec.obiteljske medicine  
Šifra zdravstvene ustanove-  
ordinacije privatne prakse:



Hrvatski  
zavod za  
zdravstveno  
osiguranje

3 5 1 1 3 5 1 1 1

7 8 5 6 0 0 8

Šifra doktora medicine

1 0 1 0 0 0 0

Šifra djelatnosti izabranog doktora

H R V

Država

M Ž

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	Izolacija	Posljedice 3) sudjelovanja u Domovinskom ratu	Pratnja	Njega člana obitelji				Komplicacije 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) 2 3 0 3 2 0 2 4

Datum privremene nesposobnosti za rad 5) 2 0 0 2 2 0 2 4

Privremena spriječenost korištena na osnovi: 8) KLASA: \_\_\_\_\_ URBROJ: \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Broj evidencije 9) Prijave ozljede/bolesti PN TJO /

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

Trajanje privremene nesposobnosti / spriječenosti od do Broj sati 7) u tijeku dana Čl. 53. st.1 Zakona da\* 11)

0 2 0 4 2 0 2 4 2 3 0 4 2 0 2 4

Datum zaključenja privremene nesposobnosti / spriječenosti 12) 2 3 0 4 2 0 2 4

### 2. OBRAČUN NAKNADE PLAĆE OSIGURANIKU

Potpis i faksimil doktora medicine M.P. 2 3 0 4 2 0 2 4 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 \_\_\_\_\_ Ime i prezime/OIB odgovorne osobe \_\_\_\_\_

Navedeni podaci daju se pod materijalnom i kaznenom odgovornošću.

### 3. KONTROLA OBRAČUNA U HZZO

Obračunao: Kontrolirao: