

На основу члана 51. став 2. Закона о безбедности и здрављу на раду („Службени гласник РС”, бр. 101/05 и 91/15),

Министар за рад, запошљавање, борачка и социјална питања доноси

## ПРАВИЛНИК

### о изменама и допунама Правилника о садржају и начину издавања обрасца извештаја о повреди на раду, професионалном обољењу и обољењу у вези са радом

#### Члан 1.

У Правилнику о садржају и начину издавања обрасца извештаја о повреди на раду, професионалном обољењу и обољењу у вези са радом („Службени гласник РС”, бр. 72/06 и 84/06 – исправка), назив Правилника мења се и гласи:

„Правилник о садржају и начину издавања обрасца извештаја о повреди на раду и професионалном обољењу”.

#### Члан 2.

У члану 1. после речи: „на раду” запета се замењује речју: „и”, а речи: „и обољењу у вези са радом” бришу се.

#### Члан 3.

Члан 4. брише се.

#### Члан 4.

У члану 5. став 1. мења се и гласи:

„Извештаји о повреди на раду и професионалном обољењу који се догоде на радном месту издају се на обрасцу прописаном овим правилником.

Извештај о повреди на раду (Образац 1.) и Извештај о професионалном обољењу (Образац 2.), одштампани су уз овај правилник и чине његов саставни део.”

#### Члан 5.

У члану 6. став 1. после речи: „на раду” запета се замењује речју: „и”, а речи: „и обољењу у вези са радом” бришу се.

У ставу 2. после речи: „на раду” запета се замењује речју: „или”, а речи: „или обољења у вези са радом” бришу се.

У ставу 3. после речи: „повређеног” запета се замењује речју: „или”, а речи: „или обољење у вези са радом” бришу се.

У ставу 4. речи: „или обољење у вези са радом” бришу се.

#### Члан 6.

Члан 7. мења се и гласи:

#### „Члан 7.

Извештај у који су уписани сви подаци прописани овим правилником и налаз и мишљење лекара, односно здравствене установе, послодавац, у року од два дана од дана пријема попуњеног извештаја, доставља филијали Републичког фонда за здравствено осигурање код које повређени или оболели од професионалног обољења остварује права утврђена прописима о здравственом осигурању.

Филијала Републичког фонда за здравствено осигурање оверава свих пет примерака извештаја, од којих задржава један примерак извештаја за своје потребе, а остале примерке враћа послодавцу.

Послодавац један примерак овереног извештаја задржава за своје потребе, један примерак извештаја доставља запосленом одмах, а најкасније у року од два дана од његовог пријема, један примерак извештаја доставља филијали Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање и један примерак извештаја доставља министарству надлежном за рад – Управи за безбедност и здравље на раду.”

#### Члан 7.

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”.

*Број 110-00-00017/2015-01*

*У Београду, 11. јануара 2016. године*

*Министар,*

*Александар Вулин, с.р.*



**IV. ПОДАЦИ О НЕПОСРЕДОМ РУКОВОДНОЦУ ПОВРЕЂЕНОГ**

16.	Име и презиме	
17.	Радно место	

**V. ПОДАЦИ О РАДНОМ МЕСТУ И ПОСЛОВИМА ПОВРЕЂЕНОГ И ВРЕМЕНУ И МЕСТУ НАСТУПАЊА ЊЕГОВЕ ПОВРЕДЕ НА РАДУ**

18.	Радно место на које је повређени распоређен		
19.	Посао који је повређени обављао у моменту када се догодила повреда на раду		
20.	Радно искуство повређеног на пословима на којима се повредио		
21.	Да ли је повређени раније претрпео повреду на раду и колико пута		
22.	Време наступања повреде	Дан, месец, година	
23.		Дан у седмици	
24.		Доба дана – сат (0–24)	
25.		Радни сат од почетка рада	
26.	Назив места са адресом где се повреда догодила са ближом идентификацијом локације (објекат, градилиште, складиште и сл.)		
27.	Општина		
28.	Држава		
29.	Где се повреда догодила: На свом радном месту На другом месту рада На редовном путу од стана до места рада На редовном путу од места рада до стана На службеном путу Остало		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не

**VI. ПОДАЦИ О ОЧЕВИЦУ**

30.	Име и презиме	
31.	Адреса пребивалишта	

**VII. ПОДАЦИ О ПОВРЕДИ НА РАДУ И МЕРАМА БЕЗБЕДНОСТИ И ЗДРАВЉА НА РАДУ КОЈЕ СУ ПРИМЕЊИВАНЕ НА РАДНОМ МЕСТУ НА КОЈЕМ ЈЕ ПОВРЕЂЕНИ РАДИО**

32.	Колико је укупно запослених повређено на раду	
33.	Колико је укупно запослених погинуло на месту догађаја, односно умрло на путу до здравствене установе	
34.	Извор повреде – материјални узрочник (међународна шифра – МОР)	□ □ □ □
35.	Узрок повреде – начин повређивања (међународна шифра – МОР)	□ □ □
36.	Кратак опис настанка повреде	
37.	Да ли је у моменту повреде повређени радио на радном месту са повећаним ризиком	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
38.	Да ли је повређени подвргнут претходном и периодичном лекарском прегледу	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
39.	Навести да ли су мере безбедности и здравља на раду спроведене према акту о процени ризика на радном месту и у радној околини на радном месту где је дошло до повреде	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не

Датум: \_\_\_\_\_

Место: \_\_\_\_\_

Ред. бр. из евиденције о повредама на раду

М.П.

ОДГОВОРНО ЛИЦЕ

\_\_\_\_\_  
(име и презиме)

**VIII. НАЛАЗ И МИШЉЕЊЕ ЛЕКАРА КОЈИ ЈЕ ПРВИ ПРЕГЛЕДАО ПОВРЕЂЕНОГ**

40.	Назив и адреса здравствене установе у којој је повређени прегледан	
41.	Име и презиме лекара који је први прегледао повређеног	
42.	Дијагноза и локализација повреде (уписати назив и шифру дијагнозе по МКБ10, од најтеже ка најлакшој)	
43.	Спољни узрок повреде по класификацији МКБ 10	
44.	Оцена тежине повреде	<input type="checkbox"/> лака <input type="checkbox"/> тешка <input type="checkbox"/> смртна
45.	Друге примедбе лекара (да ли је повређени под утицајем алкохола, психоактивних супстанци и сл.)	
46.	Да ли је повређени спречен за рад више од три узастопна радна дана	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не

ДАТУМ: \_\_\_\_\_

МЕСТО: \_\_\_\_\_

Редни број лекарског дневника

М.П.

ПОТПИС ЛЕКАРА

Редни број у књизи евиденције здравствене установе

\_\_\_\_\_

ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА [ ] [ ]

Датум: \_\_\_\_\_

Место: \_\_\_\_\_

Ред. бр. из евиденције М.П.

ОДГОВОРНО ЛИЦЕ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (име и презиме)



**IV. ПОДАЦИ О НЕПОСРЕДНОМ РУКОВОДИОЦУ ОБОЛЕЛОГ ОД ПРОФЕСИОНАЛНОГ ОБОЉЕЊА**

16.	Име и презиме	
17.	Радно место	

**V. ПОДАЦИ О РАДНОМ МЕСТУ, ПОСЛОВИМА И ВРЕМЕНУ КОЈЕ ЈЕ ОБОЛЕЛИ ОД ПРОФЕСИОНАЛНОГ ОБОЉЕЊА ПРОВЕО НА РАДУ НА ТИМ ПОСЛОВИМА**

18.	Радно место на које је оболели од професионалног обољења распоређен	
19.	Послови које је оболели од професионалног обољења обављао пре него што је утврђено да болује од професионалног обољења и стаж осигурања на тим пословима	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____

**VI. ПОДАЦИ О ВРСТИ ПРОФЕСИОНАЛНОГ ОБОЉЕЊА И МЕРАМА БЕЗБЕДНОСТИ И ЗДРАВЉА НА РАДУ КОЈЕ СУ ПРИМЕЊИВАНЕ НА РАДНОМ МЕСТУ НА КОЈЕМ ЈЕ ОБОЛЕЛИ ОД ПРОФЕСИОНАЛНОГ ОБОЉЕЊА РАДИО**

20.	Да ли је исто професионално обољење раније утврђено на истим пословима	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
21.	Да ли је неко друго професионално обољење раније утврђено на истим пословима	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
22.	Да ли је оболели од професионалног обољења радио на радном месту са повећаним ризиком	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
23.	Да ли је оболели од професионалног обољења подвргнут претходном и периодичним лекарским прегледима	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
24.	Навести да ли су мере безбедности и здравља на раду спроведене према акту о процени ризика на радном месту и у радној околини на радном месту где је утврђено професионално обољење	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не

Датум: \_\_\_\_\_

Место: \_\_\_\_\_

Ред. бр. из евиденције о професионалним обољењима

М.П.

ОДГОВОРНО ЛИЦЕ

\_\_\_\_\_ (име и презиме)



**VII. НАЛАЗ И МИШЉЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ КОЈА ЈЕ УТВРДИЛА ПОСТОЈАЊЕ ПРОФЕСИОНАЛНОГ ОБОЉЕЊА**

25.	Назив и адреса здравствене установе у којој је утврђено професионално обољење	
26.	Дан, месец и година утврђивања професионалног обољења	□□ □□ □□□□
27.	Дијагноза и шифра професионалног обољења према МКБ 10	
28.	Врста штетности-узрочни агенс професионалног обољења	физичке штетности ..... ДА НЕ хемијске штетности ..... ДА НЕ биолошке штетности ..... ДА НЕ остале штетности ..... ДА НЕ
29.	Мишљење здравствене установе која је утврдила професионално обољење	1 - способан за рад на другом радном месту 2 - трајно неспособан за рад
30.	Друге оцене и напомене	

ДАТУМ: \_\_\_\_\_

МЕСТО: \_\_\_\_\_

Редни број лекарског дневника

М.П.

ПОТПИС ЛЕКАРА

Редни број у књизи евиденције здравствене установе

\_\_\_\_\_

ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА [ ] [ ] [ ]

Датум: \_\_\_\_\_

Место: \_\_\_\_\_

Ред. бр. из евиденције

М.П.

ОДГОВОРНО ЛИЦЕ

\_\_\_\_\_ (име и презиме)