



REPUBLIKA HRVATSKA
MINISTARSTVO ZDRAVLJA

KLASA: 030-01/16-01/30
URBROJ: 534-03-1-1/5-16-02
Zagreb, 16. lipnja 2016.

**- ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA PRIMARNE,
SEKUNDARNE I TERCIJARNE RAZINE
- NOSITELJIMA PRIVATNE PRAKSE U KONCESIJI**

PREDMET: Primjena Zakona o zaštiti od nasilja u obitelji, Obveza prijave slučajeva nasilja u obitelji
- obavijest, dostavlja se

Poštovane/Poštovani,

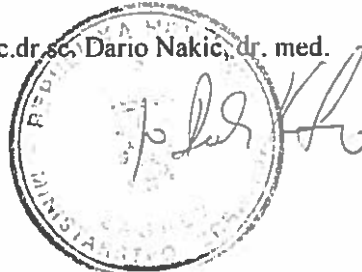
u cilju poštivanja odredbi Protokola o postupanju u slučaju nasilja u obitelji, a temeljem Zakona o zaštiti od nasilja u obitelji („Narodne novine“ broj: 137/09., 60/11.) i Pravilnika o sadržaju obvezne evidencije i izvješća, načinu prikupljanja, obrade i pohrane statističkih podataka („Narodne novine“ broj: 105/11.), ovim putem skrećemo pozornost na obvezu zdravstvenih radnika primarne, sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite na prijavljivanje slučajeva nasilja u obitelji Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje putem obrasca „Prijava ozljeda/bolesti na obrascu PrijavaOzljBol V. 1.1., 23/06/10“.

Također ističemo da su bolničke zdravstvene ustanove s ugovorenom djelatnošću psihijatrije dužne voditi evidenciju o broju žrtava/počinitelja nasilja u obitelji zaprimljenih na psihijatrijsko liječenje te ih za potrebe izrade godišnjih izvješća dostaviti na traženje Ministarstva zdravlja.

S poštovanjem,

MINISTAR

doc.dr.sc. Dario Nakic, dr. med.



Na znanje: Vlada Republike Hrvatske,
Ured zastupnika Republike Hrvatske pred Europskim sudom za ljudska prava
gđa. Štefica Stažnik, dipl. iur, zastupnica
Dalmatinska 1, 10000 Zagreb



Ministarstvo
zdravlja
Zajedno

Ksaver 200a, 10 000 Zagreb, Republika Hrvatska
T + 385 1 46 07 555 F + 385 1 46 77 076
www.zdravlje.hr

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Ime i prezime osiguranika: _____
 Broj osiguranika: _____
 Mjesto prebivališta: _____
 Adresa prebivališta: _____
 Broj osiguranja: _____
 Datum prijave: _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA - ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE

Šifra zdr. ustanove / ordinacije / privatne prakse

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**PRIJAVA
OZLJEDE/BOLESTI**

- 1. PN - PROMETNE NESREĆE**
- 2. TJO - TJELESNE OZLJEDE OD DRUGE OSOBE

*** Broj evidencije prijave: _____ / _____ g.

Osiguranik osoba: _____ (ime i prezime osiguranika)

Mjesto nastanka ozljede/bolesti: _____ (mjesto i vrijeme nastanka ozljede/bolesti) Datum: _____

Osoba koja je ozlijeđena je:

- neprometna
- u prometnoj
- nasiljem u obitelji
- druga okolnost

Priloga prijavi: _____

1. Vrsta ozljede/bolesti i šifra dijagnoze po MKB

MKB (šifra)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Ime i prezime liječnika

(Naziv zdravstvene ustanove)

Šifra zdravstvene ustanove

3. Vrsta ozljede/bolesti i vrsta liječenja: _____

4. Napomena: _____

UPUTA:

- 1. Obavezno upisati (prekalki) podatke iz zdravstvene iskaznice, jasno i čitljivo
- 2. Obavezno upisati vrstu ozljede/bolesti i vrstu liječenja (samo za prometne nesreće koje je prouzročilo vozilo inozemne registracije)
- 3. Opisati događaj koji je prijava, koji se obavezno sastoji od datuma nastanka uzroka ozljede/bolesti (primjer: 05.05/06)
- 4. Prijavu mora potpisati liječnik ili doktor medicine uposlen u odgovarajućoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno zdravstveni radnik privatne prakse.
- 5. U slučaju ozljede/bolesti uslijed nasilja, ako na dokumentaciji osiguranice nema naznake evidencijskog broja prijave osobe, liječnik mora naznačiti odnos između osobe i izvornom gornjem kutu i ima ili znamenka

Šifre područnih ureda Zavoda:

004 PU BEOGRAD, 010 PU ČAKOVEC, 018 PU DUBROVNIK, 026 PU GOSPIĆ, 034 PU KARLOVAC, 037 PU KOPRIVNICA, 040 PU KRAPINA, 050 PU LITVA, 065 PU METKOVIĆ, 072 PU RIJEKA, 078 PU SISAK, 079 PU POŽEGA, 080 PU SL. BROD, 082 PU SPLIT, 083 PU ŠIBENIK, 088 PU VARAŽDIN, 090 PU ZAGREB, 091 PU VUKOVAR, 100 PU ZADAR, 114 PU ZRNOBUEVAC

Adresa: _____
 Broj: _____