

Priloga 2

VLOGA ZA UVEDBO POSTOPKA UGOTAVLJANJA IN POTRJEVANJA POKLICNE BOLEZNI

PODATKI O VLAGATELJU

Ime in priimek: _____, Spol: Ž / M

Rojstni datum: _____, EMŠO: _____

Naslov stalnega bivališča (ulica, hišna številka, poštna številka, kraj): _____

Telefonska številka: _____ Elektronska pošta: _____

Državljanstvo: _____

Izobrazba: _____

Skupna pokojninska doba*: _____

** Izpis obdobja zavarovanja v Republiki Sloveniji lahko pridobite na Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije*

PODATKI O BOLEZNI, ZA KATERO SUMITE, DA JE POKLICNA BOLEZEN

Diagnoza bolezni (iz izvida zdravnika specialista, ki vas zdravi; če pri izpolnjevanju sodeluje zbrani osebni zdravnik, naj se zapiše tudi šifra bolezni po veljavni Mednarodni klasifikaciji bolezni - MKB):

Opis zdravstvenih težav, ki vam jih je povzročila bolezen:

Kdaj približno ste začeli opazovati navedene težave:

Kakšno delo in pri katerem delodajalcu ste opravljali, ko ste začeli opazovati navedene zdravstvene težave:

Kdaj ste opravili prvi pregled pri zdravniku specialistu zaradi te bolezni (okvirno):

OSEBNA ANAMNEZA VLAGATELJA

Ali imate še druge bolezni (če je vaš odgovor DA, jih naštejte): _____

Ali ste bili kdaj huje poškodovani (če je vaš odgovor DA, povejte kdaj in za kakšne poškodbe je šlo): _____

PODATKI O ZAPOSLOTVI/ZAPOSLOTVAH VLAGATELJA:

PODATKI O SEDANJI ZAPOSLOTVI

Delodajalec (naziv in naslov): _____

Od kdaj ste zaposleni pri tem delodajalcu: _____

Delovno mesto/delo, ki ga trenutno opravljate pri tem delodajalcu:

Od kdaj pri tem delodajalcu opravljate trenutno delo: _____

Obremenitve** na tem delovnem mestu, ki izhajajo iz Izjave o varnosti z oceno tveganja***: _____

Ali ste pri tem delodajalcu pred delom, ki ga opravljate sedaj, opravljali drugo delo na drugem delovnem mestu (če je vaš odgovor DA, napišite, katero delo/delovno mesto je to bilo, kako dolgo ste ga opravljali in kakšne so bile obremenitve): _____

*** Obremenitve na delovnem mestu so delo z določenimi kemičnimi snovmi, obremenitve zaradi fizikalnih ali bioloških dejavnikov ali druge obremenitve iz Priloge 1 Pravilnika o poklicnih boleznih.*

****Izjava o varnosti z oceno tveganja je dokument, s katerim delodajalec v skladu z zakonodajo s področja varnosti in zdravja pri delu oceni tveganja, ki so jim delavci na tem delovnem mestu izpostavljeni. Izjava o varnosti z oceno tveganja mora biti objavljena na običajen način in biti posredovana delavcem v delu, ki se nanaša na njih oziroma njihovo delovno mesto. Delodajalec mora delavcu omogočiti vpogled v veljavno Izjavo o varnosti z oceno tveganja.*

Če razpolagate z Izjavo o varnosti z oceno tveganja, jo priložite.

PODATKI O OSTALIH ZAPOSILITVAH (zapišite podatke o vseh preteklih in dodatnih zaposlitvah in delodajalcih, statusu samostojnega podjetnika oziroma samozaposlenega)

Zaposlitev 1. (naziv in naslov delodajalca): _____

Čas zaposlitve pri tem delodajalcu: _____

Delovno mesto/delo, ki ste ga opravljali pri tem delodajalcu: _____

Ali imate podatke/veste za obremenitve, ki ste jim bili izpostavljeni na tem delovnem mestu:

Zaposlitev 2. (naziv in naslov delodajalca): _____

Čas zaposlitve pri tem delodajalcu: _____

Delovno mesto/delo, ki ste ga opravljali pri tem delodajalcu: _____

Opišite obremenitve, ki ste jim bili izpostavljeni na tem delovnem mestu:

Zaposlitev 3. (naziv in naslov delodajalca): _____

Čas zaposlitve pri tem delodajalcu: _____

Delovno mesto/delo, ki ste ga opravljali pri tem delodajalcu: _____

Ali imate podatke/veste za obremenitve, ki ste jim bili izpostavljeni na tem delovnem mestu:

Zaposlitev 4. (naziv in naslov delodajalca): _____

Čas zaposlitve pri tem delodajalcu: _____

Delovno mesto/delo, ki ste ga opravljali pri tem delodajalcu: _____

Ali imate podatke/veste za obremenitve, ki ste jim bili izpostavljeni na tem delovnem mestu:

OPOMBA:

Če ste imeli več zaposlitev, dodajte kopijo oziroma kopije tega lista in nanj napišite podatke še za vse ostale zaposlitve.

Če razpolagate z Izjavami o varnosti z oceno tveganja vaših prejšnjih zaposlitev, jih priložite.

DODATNE INFORMACIJE:

Vaš osebni zdravnik (ime, priimek, kje je zaposlen in po možnosti njegovi kontaktni podatki):

Izvajalec medicine dela (specialist medicine dela prometa in športa) vašega sedanjega delodajalca (ime, priimek, kje je zaposlen in po možnosti njegovi kontaktni podatki):

Izvajalci medicine dela (specialisti medicine dela prometa in športa) prejšnjih delodajalcev, če te podatke imate (ime, priimek, kje je zaposlen in po možnosti njihovi kontaktni podatki):

Vaš trenutni status (obkrožite):

zaposlen; poln delovni čas/zaposlen; skrajšan delovni čas/brezposeln/na čakanju/starostno upokojen/invalidsko upokojen

POOBLASTILO VLAGATELJA

Podpisani (ime in priimek osebe, ki vlaga Vlogo za uvedbo postopka ugotavljanja in potrjevanja poklicne bolezni)

DOVOLJUJEM / NE DOVOLJUJEM****

(ustrezno obkrožite)

da se v postopku ugotavljanja in potrjevanja poklicne bolezni pridobi zdravstveno, delovno oziroma drugo dokumentacijo od mojih sedanjih in prejšnjih delodajalcev, njihovih izvajalcev medicine dela, mojega osebnega zdravnika in drugih lečečih zdravnikov, imenovanega zdravnika in zdravstvene komisije Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, in Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, inšpekcijskega organa in drugih pristojnih organov ter pravnih in fizičnih oseb, ki razpolagajo z domnevnimi dokazi oziroma drugimi, tudi osebnimi podatki, potrebnimi za ugotavljanje poklicne bolezni.

Podpis vlagatelja: _____

***** Ugotavljanje poklicne bolezni je ugotavljanje vzročne zveze med boleznijo, ki jo imate in dovolj dolgim neposrednim vplivom delovnih pogojev ali delovnega procesa na delu ali na delovnem mestu na katerem delate ali ste v preteklosti delali. Če ni mogoče pridobiti vseh dostopnih podatkov, je verjetnost potrditve te vzročne zveze manjša ali celo nemogoča. Dodatni podatki olajšajo presojo, da gre pri vas res za poklicno bolezen.*

OSTALO:

Predlogu morate priložiti:

1. Kopijo pisnega izvida ali mnenje zdravnika z diagnozo bolezni, za katero menite, da bi bila lahko poklicna
2. Kopijo zdravstvene dokumentacije, ki jo hrani vaš izbrani zdravnik
3. Dokazila o vseh prejšnjih zaposlitvah (pridobite jih lahko na Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije)

Če jih lahko pridobite, predlogu priložite še naslednje dokumente:

1. Izjavo (oziroma Izjave) o varnosti z oceno tveganja sedanje in prejšnjih zaposlitev
2. Izvide zdravstvenih pregledov delavca (izvide pregledov pri specialistu medicine dela, prometa in športa, na katere vas pošilja delodajalec)
3. dodatne dokumente, za katere menite, da bi bili lahko koristni pri ugotavljanju vzročne zveze med vašo boleznijo in delovnim mestom oziroma delom, ki ga (ali ste ga) opravljali

Izjavljam, da so vsi podatki, ki sem jih navedel/la, resnični, točni in popolni in da za svojo vlogo prevzemam vso materialno in kazensko odgovornost.

Podpis vlagatelja: _____

Datum in kraj: _____

Če je pri pripravi vloge sodeloval tudi osebni zdravnik, podpis in žig zdravnika:
