

## Priloga 2

### VLOGA ZA UGOTAVLJANJE 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 izbrani osebni zdravnik, naj se zapiše tudi šifra bolezni v skladu z Mednarodno klasifikacijo 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 DRUGIH ZAPOSLOTVAH (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: \_\_\_\_\_

Ali imate podatke/veste za 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, priložite kopijo oziroma kopije tega lista in nanj napišite podatke še za vse druge zaposlitve.

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

**DODATNE INFORMACIJE:**

Vaš izbrani 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):

---

---

Izvajalec medicine dela (specialist 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; polni delovni čas/zaposlen; skrajšani delovni čas/brezposelni/na; na čakanju/starostno upokojen/invalidsko upokojen**

## POOBLASTILO VLAGATELJA

**Podpisani** (ime in priimek vlagatelja) \_\_\_\_\_,

## DOVOLJUJEM

da se v postopku ugotavljanja in potrjevanja poklicne bolezni pridobi zdravstvena, delovna oziroma druga dokumentacija od delodajalcev, njihovih izvajalcev medicine dela, izbranega osebnega zdravnika, lečečega zdravnika, imenovanega zdravnika in zdravstvene komisije Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, izvedenskega organa Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, strokovnega delavca za varnost pri delu, inšpekcijskega organa in drugega pristojnega organa ter druge pravne in fizične osebe, ki razpolagajo z morebitnimi dokazi oziroma drugimi, tudi osebnimi, podatki 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.*

## DRUGO:

### **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. Izpis obdobj zavarovanja v Republiki Sloveniji, ki ga pridobite 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 izbrani osebni zdravnik, podpis in žig zdravnika:**

\_\_\_\_\_

|  |
|--|
|  |
|--|