

Образац ОЗ - 6

Накнада зараде односи се на време	За потпуну спреченост за рад од 20 до 20 год.
	За скраћено радно време од 20 до 20 год.
	Обавезан рад од часова дневно.
	На стационарном лечењу 20 до 20 год.

Узрок привремене спречености						
Болест	Изолација	Пратилац	Одржавање труднице	Давалац ткива и органа		
1	2	3	4	5		
Повреда на раду	Повреда ван рада	Професионално обољење	Нега детета до 3 године	Нега детета преко 3 године	Нега другог оболелог члана	Породиљско одсуство
6	7	8	9	10	11	12

Дијагноза по МКБ	
Почетна	Завршна

Завршна дијагноза(латински)
Спољни узрок повреде
Болест или повреду проузроковало треће лице да 1 не 2
Да ли је рецидив да 3 не 4

*Одговарајуће заокружити		
Оцена лекарске комисије	Број	Датум

Износ исплаћене накнаде

..... и оболелог члана
(Име) (Датум рођења)

**ИЗВЕШТАЈ О
ПРИВРЕМЕНОЈ
СПРЕЧЕНОСТИ ЗА РАД**

Шифра Здравствене установе

Презиме и име	Датум рођења
	М Ж

Матични број

ЛБО

Посао који обавља
Послодавац

Шифра делатности	Регистарски број
------------------	------------------

Место и адреса становања

Први дан привремене спречености за рад
--

Последњи дан привремене спречености за рад
--

Укупан број радних дана привремене спречености за рад

У Потпис и факсимил изабраног лекара

Дана 20 год. (М.П.) 56 60