

Regionalni ured Područna služba

MBO

OIB

Ime i prezime

Datum rođenja

Adresa osig. osobe

Grad/naselje Ulica i broj



Naziv, adresa i broj telefona zdravstvene ustanove / ordinacije privatne prakse / isporučitelja koji propisuje pomagalo

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse ili šifra ugovorne maloprodajne lokacije

Šifra ugovornog doktora

Kat. osig. Spol U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja Broj evidencije prijave ozljede/bolesti^a PNTJO / OR/PB Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti^a

Drž. osig. Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO ili certifikata

POTVRDA o oblogama za rane

I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA

Dijagnoza:

Lokalizacija rane (označiti na slici)

OPIS RANE	DUBINA***	DNO***	SEKRECIJA***	SEKRET***
Veličina**	površinska	nekroza	bez sekrecije	serozan
1-5 cm	srednje duboka	fibrinske naslage	slaba	sukrvav
5-10 cm	duboka	granulacija	srednja	gnojna
10 cm i više		epitelizacija	jaka	
			obilna	

Inficirana rana: **DA^a** - **NE^a**

Početak primjene terapije oblogama: /20 g. datum

Znakovi cijeljenja rane: **DA^a** - **NE^a**

NAPOMENA:

Ime, prezime i šifra specijaliste koji je predložio pomagalo

****upisati broj rana u pojedinom rasponu veličine (obavezan podatak) ***nije obavezan podatak**

Redni broj	Šifra i barkod pomagala	Naziv pomagala iz lista pomagala	Veličina obloge za rane cm x cm	Šifra veličine obloge	Količina	Potrebno odobrenje liječničkog povjerenstva Zavoda
1.						DA ^a - NE ^a
2.						DA ^a - NE ^a
3.						DA ^a - NE ^a
4.						DA ^a - NE ^a

U 20 g. M.P. Šifra, potpis, faksimil i pečat doktora koji je propisao pomagalo ili šifra ugovornog isporučitelja

II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA

Nalaz, mišljenje i ocjena^b Odobrenje broj /

Šifra i potpis člana LP-a Šifra i potpis člana LP-a Šifra i potpis člana LP-a

KLASA: M.P. URBROJ:

U 20 g.

HZZO-Direkcija, Zagreb ^a - označiti odgovarajuće (obavezan podatak) ^b **Uputa osiguranoj osobi:** osigurana osoba nezadovoljna nalazom, mišljenjem i ocjenom liječničkog povjerenstva ima pravo zatražiti izdavanje rješenja u prvostupanjskom upravnom postupku, putem nadležnog regionalnog ureda odnosno područne službe Zavoda prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe.

