

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured _____ Broj osigurane osobe _____

OIB _____

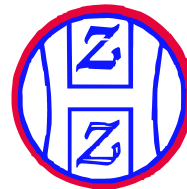
Ime i prezime _____

Godina rođenja/MB osigurane osobe _____

Grad/naselje _____ Ulica i broj _____

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse ili šifra ugovornog isporučitelja

Šifra ugovornog doktora



POTVRDA o oblogama za rane

Kat. osig. _____ Spol _____ U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra _____ Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja _____

Drž. osig. _____ Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO _____

Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti _____ Broj evidencije _____

Zak. o obv. zdr. osig.* _____ Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti _____

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 _____	gnojan _____
10 cm i više _____		epitelizacija _____	jaka _____	
			obilna _____	

Inficirana rana: **DA*** - **NE***

Početak primjene terapije oblogama: _____ /20____ g.
datum

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

NAPOMENA: _____

** upisati broj rana u pojedinom rasponu veličine

***nije obavezan podatak

Redni broj	Šifra pomagala	Naziv pomagala iz Popisa pomagala	Veličina obloge za rane cm x cm	Količina	Potrebno odobrenje ovl. dr. Zavoda
1.					Da/Ne
2.					Da/Ne
3.					Da/Ne
4.					Da/Ne

M.P. _____

Šifra, potpis i pečat doktora koji je propisao pomagalo ili šifra ugovornog isporučitelja

U _____, _____ 20 ____g.

II. ODOBRENJE OVLAŠTENOG DOKTORA ZAVODA

Odobrenje broj _____ / _____

Nalaz, mišljenje i ocjena

M.P. _____

Šifra i potpis ovlaštenog doktora Zavoda

Klasa: _____

U _____, _____ 20 ____g.

Ur. broj: _____

