

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<sup>a</sup> PNTJO / ..... Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti<sup>a</sup> OR/PB .....

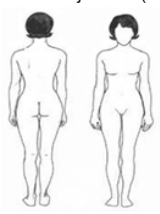
Drž. osig. .... Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO ili certifikata .....

## POTVRDA o oblogama za rane

### I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA

Dijagnoza: .....

Lokalizacija rane (označiti na slici)



OPIS RANE	DUBINA***	DNO***	SEKRECIJA***	SEKRET***
<b>Veličina**</b>	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<sup>a</sup>** - **NE<sup>a</sup>**

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

Znakovi cijeljenja rane: **DA<sup>a</sup>** - **NE<sup>a</sup>**

Ime, prezime i šifra specijaliste koji je predložio pomagalo

NAPOMENA: .....

\*\*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 <sup>a</sup> - NE <sup>a</sup>
2.						DA <sup>a</sup> - NE <sup>a</sup>
3.						DA <sup>a</sup> - NE <sup>a</sup>
4.						DA <sup>a</sup> - NE <sup>a</sup>

M.P.

U ..... 20 ..... g.

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

### II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA

Nalaz, mišljenje i ocjena<sup>b</sup>

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.

