

MJESEČNO IZVJEŠĆE O PROVEDENOJ ZDRAVSTVENOJ NJEZI U KUĆI

Naziv ustanove/privatnog zdravstvenog radnika:

Šifra ustanove/privatnog zdravstvenog radnika:

Adresa:

Telefon:

Osigurana osoba:

Prvi dan zdravstvene njege:

Telefon:

Datum:

Medicinska sestra zdravstvene njege u kući:

Lista br.:

UPOZDAT SAM O POSTUPCIMA KOJE JE ODOBRILO LIJEČNIČKO POVJERENSTVO HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Potpis osigurane osobe ili skrbnika:

Datum:

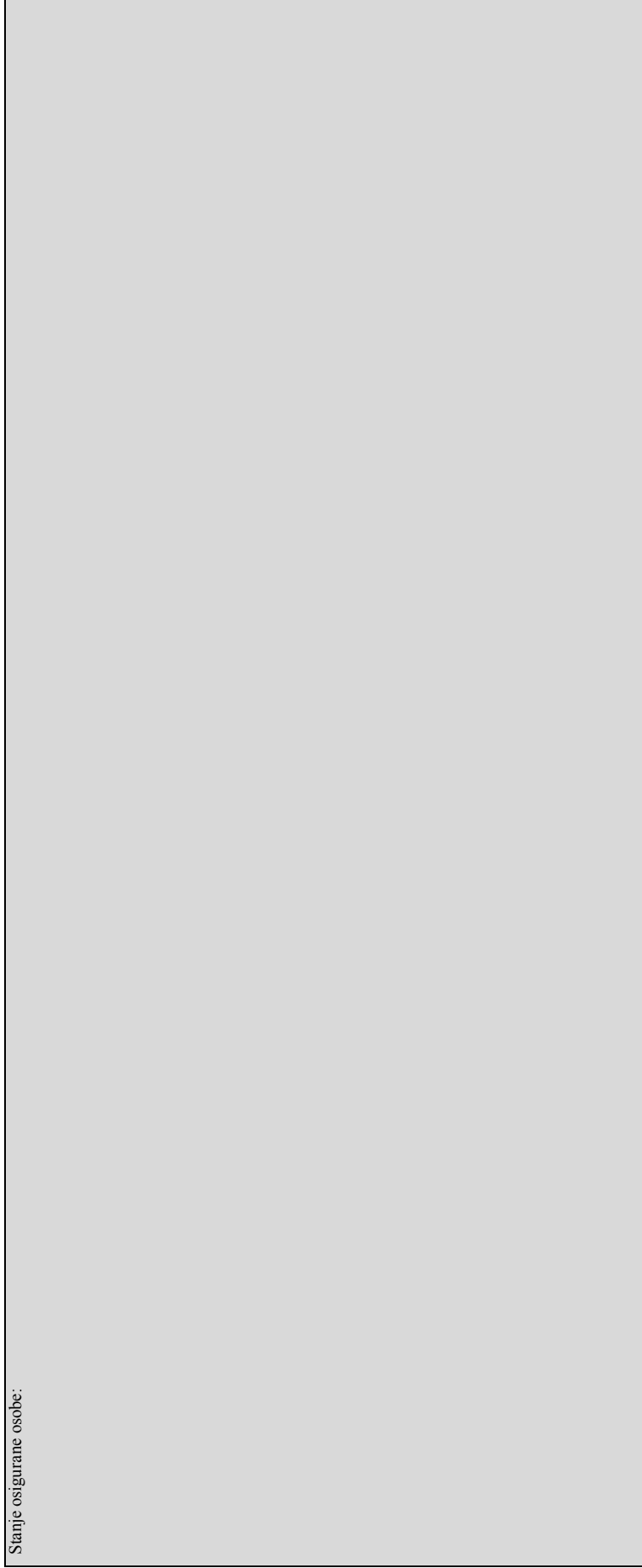
Mjesec:	Datum:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																							
POSTUPCI MED. SESTRE																																																							
Zbrinjavanje kronične rane (92101)																																																							
Sprječavanje komplikacija dugotrajnog mirovanja (92102)																																																							
Pomoć i poduka obitelji kod obavljanja osobne higijene bolesnika, okoline i pribora (92103)																																																							
Kupanje nepokretnog ili polupokretnog bolesnika u krevetu ili kadi (92104)																																																							
Toalet i održavanje stomaka (92105)																																																							
Provođenje klizme za čišćenje (92106)																																																							
Uzimanje materijala za laboratorijske pretrage (92107)																																																							
Primjena parenteralne terapije, osim antibiotika, uz nadzor liječnika (92108)																																																							
Kateterizacija mokraćnog mjehura (92109)																																																							
Primjena lokalne i peroralne terapije (92110)																																																							
Primjena terapije kisikom (92111)																																																							
Postavljanje/izmjena nazogastrične sonde, hranjenje sondom (92112)																																																							
Mjerenje i registracija vitalnih funkcija, kontrola razine šećera u krvi i urinu (92113)																																																							
Skrb za umiravanje bolesnika (92114)																																																							
Dolazak u postupak zdravstvene njege/fizikalne terapije u kući bolesnika (92115)																																																							

POTVRĐUJEM DA SU NAVEDENI POSTUPCI MED. SESTRE PROVEDENI

Datum:

Potpis osigurane osobe ili skrbnika:

Stanje osigurane osobe:



Potpis medicinske sestre:
