

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured	Broj osigurane osobe
OIB	
Ime i prezime	
Godina rođenja i MB osigurane osobe	
Grad/naselje	Ulica i broj

ZDRAVSTVENA USTANOVA - ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRIJAVA OZLJEDE/BOLESTI

1. **PN** - PROMETNE NESREĆE**
2. **TJO** - TJELESNE OZLJEDE OD DRUGE OSOBE

*** Broj evidencije prijave / g.Osigurana osoba: _____
(Ime i prezime osigurane osobe)ozljeđena je u _____, dana _____
(mjesto i vrijeme ozljeđivanja)

1. OSIGURANA OSOBA OZLJEĐENA JE:

- a) u prometu
b) u tučnjavi
c) na drugi način

2. NAČIN NASTANKA OZLJEDE / BOLESTI

3. OPIS OZLJEDE/BOLESTI I ŠIFRA DIJAGNOZE PO MKB:

MKB (šifra)

4. UPUĆENA NA DALJNJE LIJEČENJE: _____
(Naziv zdravstvene ustanove)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra zdravstvene ustanove

5. OZLJEDU POČINIO: _____

6. NAPOMENA: _____

(Potpis i faksimil doktora medicine)_____
Šifra doktora medicine

UPUTA:

*Obavezno upisati (pretiskati) podatke iz zdravstvene iskaznice, jasno i čitljivo.

**Članak 118. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (samo za prometne nesreće koje je prouzročilo vozilo inozemne registracije).

***Upisati broj evidencije prijave, koji se obvezno sastoji od datuma nastanka uzroka ozljede/bolesti (primjer: 10505/04)

1. Prijavu obvezno ispunjava ugovorni doktor medicine uposlen u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno zdravstveni radnik privatne prakse, koji je pružio zdravstvenu uslugu ozljeđenoj osobi, ako na dokumentaciji osigurane osobe nema naznake evidencijskog broja prijave osobe.

2. Prijavu se podnosi područnom uredu Zavoda nadležnom prema prebivalištu osigurane osobe, a šifra toga područnog ureda upisana je na iskaznici zdravstveno osigurane osobe u lijevom gornjem kutu i ima tri znamenke.

Šifre područnih ureda Zavoda:

004-PU BJELOVAR, 010-PU ČAKOVEC, 018-PU DUBROVNIK, 026-PU GOSPIĆ, 034-PU KARLOVAC, 037-PU KOPRIVNICA, 040-PU KRAPINA,
060-PU OSIJEK, 065-PU PAZIN, 072-PU RIJEKA, 078-PU SISAK, 079-PU POŽEGA, 080-PU SL. BROD, 082-PU SPLIT, 083-PU ŠIBENIK, 088-PU-VARAŽDIN,
090-PU VINKOVCI, 091-PU VIROVITICA, 100-PU ZADAR, 114-PU ZAGREB

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured

OBAVIJEST O ZAMJENI

1. Podaci o ugovornom subjektu

Šifra ordinacije		Naziv ordinacije
<input type="text"/>		
Adresa ordinacije		Ulica i broj
Grad/naselje		
Šifra nositelja tima	Ime i prezime nositelja tima	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2. Prijava zamjene

a) za nositelja tima	Šifra nositelja tima	Ime i prezime nositelja tima
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) za člana tima	Šifra člana tima	Ime i prezime člana tima
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Razlog odsutnosti		

3. Podaci o zamjeni*

a) za nositelja tima			
Šifra zdravstvenog radnika	Ime i prezime zdravstvenog radnika	Razdoblje zamjene	
		od	do
a.1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
a.2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
a.3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) za člana tima			
Šifra zdravstvenog radnika	Ime i prezime zdravstvenog radnika	Razdoblje zamjene	
		od	do
b.1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b.2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b.3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Da li je o zamjeni izviješten ravnatelj mjerodavnog doma zdravlja:**

Da li je obavijest o zamjeni dostupna pacijentima:**

Da li zamjena doktora radi u smjeni doktora kojeg mijenja:**

M.P.

U _____, _____ 200___ g.

.....
 Potpis ravnatelja ustanove, odnosno potpis i faksimil ugovornog subjekta

* Ako za vrijeme privremene spriječenosti za rad zdravstveni radnik koji obavlja zamjenu nije u ugovornom odnosu s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, potrebno je dostaviti važeću licenciju potonjeg.

** - upisati D/NE

Napomena:

Ova obavijest ispunjava se u 2 primjerka. Jedan primjerak zadržava ustanova, odnosno privatnik, a drugi se dostavlja područnom uredu Zavoda.

HZZO - Direkcija,

ZamjenaDiše.cdr, V1/22/10/07

ZDRAVSTVENA USTANOVA - ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(šifra)

_____ (naziv i adresa ordinacije)

_____ (pečat)

UGOVORNI DOKTOR

--	--	--	--	--	--

(šifra)

_____ (ime i prezime)

_____ (faksimil)

MJESEČNO IZVJEŠĆE O POTROŠNJI CJEPIVA

--	--	--	--

(šifra)

_____ (naziv područnog ureda)

--	--

(mjesec)

--	--	--	--

(godina)

Cjepivo (doze)	Stanje na početku mjeseca	Ulaz tokom mjeseca	Utrošeno/primijenjeno	Preostalo na kraju mjeseca
BCG				
PPD				
Hep B pediatrica				
DTPa-IPV-Hib				
DTPa				
DTPw				
IPV				
Hib				
MPR				
DT infant				
Td adult				
Morbili (mono)				
Parotitis (mono)				
Rubela (mono)				
Ana-Te				
Gripa za odrasle				
Pneumo 23 (polisaharidno)				
Prevenar (konjugirano)				
Hep B adult				
Imunoglobulin anti-HBs				
Palivizumab-Synagis				
Trbušni tifus-Typhim				
Gripa za djecu				

Datum: _____

Potpis i faksimil ugovornog doktora medicine: _____

ZDRAVSTVENA USTANOVA - ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE

(šifra)

(naziv)

(pečat)

IZABRANI DOKTOR

(šifra)

(ime i prezime)

(faksimil)

IZVJEŠĆE O STOPI BOLOVANJA

(šifra)

(naziv područnog ureda)

(mjesec)

(godina)

PODACI O BOLOVANJU NA TERET POSLODAVCA

Red. broj	UZROK BOLOVANJA	Šifra uzroka bolovanja	Broj slučajeva bolovanja	Broj dana bolovanja	STOPA 1
0	1	2	3	4	5
1.	Bolest do 42 dana (7 dana*)	A01			

PODACI O BOLOVANJU NA TERET HZZO I DRŽAVNOG PRORAČUNA

Red. broj	UZROK BOLOVANJA	Šifra uzroka bolovanja	Broj slučajeva bolovanja	Broj dana bolovanja	STOPA 2
0	1	2	3	4	5
1.	Bolest duža od 42 dana (7 dana*)	A02			
2.	Transplantacija u korist druge osobe	A1			
3.	Njega člana obitelji				
	do 3. godine života djeteta	F1			
	od 3. do 7. godine života djeteta	F2			
	od 7. godine života djeteta i njega supružnika	F3			
4.	Izolacija	D0			
5.	Posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu	DR			
6.	Pratnja	E0			
7.	Komplikacije u svezi s trudnoćom i porođajem	G0			
	UKUPNO 2				

PODACI O BOLOVANJU ZBOG KORIŠTENJA PRAVA NA RODILJNI DOPUST

Red. broj	UZROK BOLOVANJA	Šifra uzroka bolovanja	Broj slučajeva bolovanja	Broj dana bolovanja	STOPA 3
0	1	2	3	4	5
1.	Rodiljni dopust	H1			

Ugovoreni broj osiguranih osoba

Broj prigovora osiguranika na ocjenu RS izabranog doktora

Broj aktivnih osiguranika

Broj suglasnosti na prigovor osiguranika

Broj dana bolovanja po prigovoru

Ukupna stopa bolovanja

Broj izdanih recepata s Osnovne liste lijekova

Broj izdanih recepata s Dopunske liste lijekova

Broj osiguranika na bolovanju dužem od 6 mjeseci osnovom šifre A uzroka bolovanja

Broj izdanih uputnica za SKZZ

Broj izdanih uputnica za bolničku ZZ

Broj osiguranika upućenih na vještačenje invalidnosti

Broj izdanih putnih naloga

Datum: _____ 200__ god.

Potpis i faksimil izabranog doktora: _____

**ZDRAVSTVENA USTANOVA –
ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE**

šifra, naziv i pečat zdravstvene ustanove ili ordinacije privatne prakse s kojom je sklopljen ugovor o provođenju primarne zdravstvene zaštite

IZABRANI DOKTOR

šifra, ime i prezime ugovornog doktora koji daje mjesečno izvješće

**PODRUČNI URED
MJESEC I GODINA**šifra i naziv područnog ureda
mjesec i godina na koje se odnosi izvješće**BROJ SLUČAJEVA BOLOVANJA**

ukupni broj slučajeva bolovanja prema uzroku bolovanja za izvještajni mjesec.

BROJ DANA BOLOVANJA

ukupni broj dana bolovanja prema uzroku bolovanja za izvještajni mjesec.

STOPA 1, STOPA 2, STOPA 3

ostvarena stopa bolovanja prema sljedećoj formuli:

$$\text{OSB} = \frac{U \times 100}{A \times (d - n)}$$

U = ukupni broj dana izostanaka

d = broj kalendarskih dana u mjesecu izvješća

n = broj nedjelja u mjesecu izvješća

A = prosječan broj aktivnih osiguranika

OSB = ostvarena stopa bolovanja

PODACI O BOLOVANJU NA TERET POSLODAVCA (STOPA 1)

Podaci se odnose na UKUPNO 1

PODACI O BOLOVANJU NA TERET HZZO (STOPA 2) – za djelatnost opće/obiteljske medicine uključuje točke 1., 2., 3., 4., 5. i 6.

Podaci se odnose na UKUPNO 2

PODACI O BOLOVANJU NA TERET HZZO (STOPA 2) – za djelatnost zdravstvene zaštite žena uključuje točke 1. i 7.

Podaci se odnose na UKUPNO 2

PODACI O BOLOVANJU ZBOG KORIŠTENJA PRAVA NA RODILJNI DOPUST NA TERET HZZO (STOPA 3)**UKUPNA STOPA BOLOVANJA (STOPA 1 + STOPA 2) - ZBROJ DOBIVENIH STOPA****Indeks skraćenica:**

*	Bolovanje do 7 dana odnosi se na invalide rada (čl. 32. točka 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju)
RS	Radna sposobnost
SKZZ	Specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita
ZZ	Zdravstvena zaštita

Dom zdravlja

IZVJEŠĆE/PLAN PATRONAŽNE SESTRE (POČETAK ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI OSIGURANE OSOBE)

Šifra ustanove

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Osigurana osoba	Datum rođenja	Adresa
		Tel.:
Skrbnik	Srodstvo	Adresa skrbnika
		Tel.:

SOCIJALNI STATUS OSIGURANE OSOBE

Živi sama	DA	NE	Socijalno stanje	Tko joj pruža pomoć:	U skrb su do sada uključeni:
Živi sa:			<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Srednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Vrlo loše	<input type="checkbox"/> Suprug-a <input type="checkbox"/> Djeca <input type="checkbox"/> Brat-sestra <input type="checkbox"/> Prijatelj <input type="checkbox"/> Susjed-a <input type="checkbox"/> Nitko	<input type="checkbox"/> Nefitna organizacija _____ <input type="checkbox"/> Dostava hrane iz _____ <input type="checkbox"/> Zdravstvena njega koju sam plaća <input type="checkbox"/> Kućna pomoćnica <input type="checkbox"/> Nitko

Koji oblik zdravstvene njega članovi kućanstva osigurane osobe ne mogu pružiti:

UTVRĐIVANJE POTREBE ZA ZDRAVSTVENOM NJEGOM U KUĆI

Opće stanje	Stanje svijesti	Aktivnost	Pokretnost	Inkontinencija	Prehrana	Unos tekućine	
<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Srednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Vrlo loše	<input type="checkbox"/> Odmah reagira <input type="checkbox"/> Apatična, zbunjena <input type="checkbox"/> Bez reakcije na podražaj <input type="checkbox"/> U komi	<input type="checkbox"/> Pokretna <input type="checkbox"/> Hoda uz pomoć <input type="checkbox"/> U kolicima <input type="checkbox"/> U krevetu	<input type="checkbox"/> Puna <input type="checkbox"/> Ograničena <input type="checkbox"/> Vrlo ograničena <input type="checkbox"/> Nepokretan	Urin: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Stolica: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Osrednja <input type="checkbox"/> Slaba <input type="checkbox"/> Ne jede	<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Osrednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Ne pije
Dekubitus	DA	NE	Druge rane	DA	NE	Specijalne potrebe	
Lokacija: Stupanj: Veličina: Procjena rizika po Norton skali:	Tip rane: Lokacija: Veličina: Starost rane: Kratak opis:		<input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Kanila <input type="checkbox"/> Nazogastrična sonda <input type="checkbox"/> Peritonealna dijaliza <input type="checkbox"/> Pomagalo za respiratorni sustav <input type="checkbox"/> Pomagalo za urogenitalni sustav <input type="checkbox"/> Drugo _____				
Da li se radi o nastavku bolničke zdravstvene njega							
DA							
NE							
Hospitalizirana u _____ od _____ do _____							

PREPORUČENI PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI

Plan sestričkih postupaka/ Koliko puta tjedno/ Koliko tjedana

POTREBNI MATERIJALI/POMAGALA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU

<input type="checkbox"/> Previjanje, toaleta rane <input type="checkbox"/> Inkontinencija <input type="checkbox"/> Retencija urina <input type="checkbox"/> Klizma <input type="checkbox"/> Njega stome <input type="checkbox"/> Njega kanile <input type="checkbox"/> Hranjenje na sondu <input type="checkbox"/> Drugo: _____	Opis materijala
--	-----------------

VREDNOVANJE PROVEDENE ZDRAVSTVENE NJEGE

Planirano dana

Datum prijedloga: _____

Patronažna med. sestra _____

Dom zdravlja

IZVJEŠĆE/PLAN PATRONAŽNE SESTRE (PRODUŽENJE ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI OSIGURANE OSOBE)

Šifra ustanove

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Osigurana osoba	Datum rođenja	Adresa Tel.:
Skrbnik	Srodstvo	Adresa skrbnika Tel.:

SOCIJALNI STATUS OSIGURANE OSOBE

Koji oblik zdravstvene njege članovi kućanstva osigurane osobe ne mogu pružiti:

VREDNOVANJE PROVEDENE ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI

Početak zdravstvene njege u kući osigurane osobe (datum):	Odobreni postupci					Putu tjed.	Putu mjes.	Odobreni postupci					Putu tjed.	Putu mjes.	Ustanova/privatni zdravstveni radnik koji provodi zdravstvenu njegu:
	9	2	1	0	1			9	2	1	0	9			
	9	2	1	0	2			9	2	1	1	0			
	9	2	1	0	3			9	2	1	1	1			
	9	2	1	0	4			9	2	1	1	2			
	9	2	1	0	5			9	2	1	1	3			
	9	2	1	0	6			9	2	1	1	4			
	9	2	1	0	7			9	2	1	1	5			
	9	2	1	0	8										

Potreba za zdravstvenom njegom u kući:

<input type="checkbox"/> Nije više potrebna <input type="checkbox"/> Nastavak – manje postupaka <input type="checkbox"/> Nastavak – isti postupci <input type="checkbox"/> Nastavak – više postupaka	Obrazloženje
---	--------------

PONOVO UTVRĐIVANJE POTREBE ZA ZDRAVSTVENOM NJEGOM U KUĆI

Opće stanje	Stanje svijesti	Aktivnost	Pokretnost	Inkontinencija		Prehrana	Unos tekućine
<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Srednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Vrlo loše	<input type="checkbox"/> Odmah reagira <input type="checkbox"/> Apatičan /zbunjen <input type="checkbox"/> Bez reakcije na podražaj <input type="checkbox"/> U komi	<input type="checkbox"/> Pokretan <input type="checkbox"/> Hoda uz pomoć <input type="checkbox"/> U kolicima <input type="checkbox"/> U krevetu	<input type="checkbox"/> Puna <input type="checkbox"/> Ograničena <input type="checkbox"/> Vrlo ograničena <input type="checkbox"/> Nepokretan	Urin: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Stolica: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Osrednja <input type="checkbox"/> Slaba <input type="checkbox"/> Ne jede	<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Osrednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Ne pije
Dekubitus DA NE		Druge rane DA NE				Specijalne potrebe	
Lokacija: Stupanj: Veličina: Procjena rizika po Norton skali:		Tip rane: Lokacija: Veličina: Starost rane: Kratak opis:				<input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Kanila <input type="checkbox"/> Nazogastrična sonda <input type="checkbox"/> Peritonealna dijaliza <input type="checkbox"/> Pomagalo za respiratorni sustav <input type="checkbox"/> Pomagalo za urogenitalni sustav <input type="checkbox"/> Drugo	

Datum prijedloga: _____

Patronažna med. sestra _____

Naziv ustanove/privatnog zdravstvenog radnika:
Šifra ustanove/privatnog zdravstvenog radnika:
Adresa:
Telefon:

MJESEČNO IZVJEŠĆE O PROVEDENOJ ZDRAVSTVENOJ NJEZI U KUĆI

Osigurana osoba:	Datum:	Lista br.:
Prvi dan zdravstvene njege:	Medicinska sestra zdravstvene njege u kući:	
	Tel:	

UPOZNAT SAM O POSTUPCIMA KOJE JE ODOBRILO OVLAŠTENI DOKTOR HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE	Datum:	Potpis osigurane osobe ili skrbnika:
--	--------	--------------------------------------

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 kroni ne rane (92101)																																										
Sprjeavanje 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)																																										
Toaleta i održavanje stoma (92105)																																										
Provođenje klizme za čišćenje (92106)																																										
Uzimanje materijala za laboratorijske pretrage (92107)																																										
Primjena parenteralne terapije, osim antibiotika, uz nadzor liječnika (92108)																																										
Katerizacija mokraog 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 umirivanje 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:

Ustanova za hitnu medicinsku pomoć/Dom zdravlja

Šifra ustanove: _____

**IZVJEŠĆE O TROŠKOVIMA
U DJELATNOSTI HITNE MEDICINE**

za mjesec _____ 20__ godine

Redni broj	POKAZATELJI	IZNOS
I.	PRIHODI	
	Prihodi od HZZO	
1	za ugovorene timove/punktove	
2	za trošak benzina	
	Ukupno prihodi (1-2)	
II.	IZDACI	
1	Lijekovi	
2	Potrošni medicinski materijal	
3	Medicinski plinovi	
4	Materijal za održavanje čistoće	
5	Uredski materijal	
6	Ostali razni materijal	
7	Utrošena energija	
8	Trošak benzina	
9	Ugrađeni rezervni dijelovi	
10	Poštanski troškovi	
11	Tekuće održavanje	
12	Ostali izdaci	
	<i>Materijalni izdaci (1-12)</i>	
13	Brutto plaće i naknade	
14	Doprinosi na plaće	
15	Troškovi prijevoza radnika	
16	Ostali nematerijalni izdaci za zaposlene	
17	Ostali nematerijalni troškovi	
18	Ostali izdaci	
	<i>Ukupno troškovi (13-18)</i>	
	Ukupno izdaci (1-18)	
	Višak prihoda nad izdacima	
	Manjak prihoda	

Datum izvješća: _____

Potpis odgovorne osobe:

M.P.