

## 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)

ozlijeđena je u \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_  
(mjesto i vrijeme ozljeđivanja)

1. OSIGURANA OSOBA OZLIJEĐENA 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: 01.01.01/01)

- Prijavu obvezno ispunjava ugovorni doktor medicine uposlen u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno zdravstveni radnik privatne prakse, koji je pružio zdravstvenu uslugu ozlijeđenoj osobi, ako na dokumentaciji osigurane osobe nema naznake evidencijskog broja prijave osobe.
- 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 .....             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adresa ordinacije ..... |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Grad/naselje .....                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Ulica i broj ..... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Šifra nositelja tima    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Ime i prezime nositelja tima ..... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2. Prijava zamjene

|                         |                      |                                    |
|-------------------------|----------------------|------------------------------------|
| a) za nositelja tima    | Šifra nositelja tima | Ime i prezime nositelja tima ..... |
| b) za člana tima        | Šifra člana tima     | Ime i prezime člana tima .....     |
| Razlog odsutnosti ..... |                      |                                    |

3. Podaci o zamjeni\*

| a) za nositelja tima       |  | Ime i prezime zdravstvenog radnika |  | Razdoblje zamjene |    |
|----------------------------|--|------------------------------------|--|-------------------|----|
| Šifra zdravstvenog radnika |  |                                    |  | od                | do |
| a.1.                       |  |                                    |  |                   |    |
| a.2.                       |  |                                    |  |                   |    |
| a.3.                       |  |                                    |  |                   |    |
| b) za člana tima           |  | Ime i prezime zdravstvenog radnika |  | Razdoblje zamjene |    |
| Šifra zdravstvenog radnika |  |                                    |  | od                | do |
| b.1.                       |  |                                    |  |                   |    |
| b.2.                       |  |                                    |  |                   |    |
| b.3.                       |  |                                    |  |                   |    |

Da li je o zamjeni izvješten ravnatelj mjerodavnog doma zdravlja:\*\*

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Da li je obavijest o zamjeni dostupna pacijentima:\*\*

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

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

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

U ..... 200... g.

M.P.

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

\* Ako za vrijeme privremene sprječivosti 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,

ZamjenaDrSe.cdr; V1/22/10/07

## IZVJEŠĆE O PROVEDENOJ FIZIKALNOJ TERAPIJI U KUĆI za mjesec \_\_\_\_\_

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

|                                     |                        |           |
|-------------------------------------|------------------------|-----------|
| Osigurana osoba:                    | Datum:                 | Lista br: |
| Prvi dan fizikalne terapije u kući: | Fizioterapeut:<br>Tel: |           |

|  |        |                                      |
|--|--------|--------------------------------------|
| <b>UPOZDAT SAM S POSTUPCIMA KOJE JE ODOBRILO<br/>OVLAŠTENI DOKTOR HRVATSKOG ZAVODA ZA<br/>ZDRAVSTVENO OSIGURANJE</b> | Datum: | Potpis osigurane osobe ili skrbnika: |
|--|--------|--------------------------------------|

Datum provedenja fizikalne terapije u kući

| <b>POSTUPCI FIZIKALNE TERAPIJE U KUĆI</b> |       | 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 |
|---|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1   | 86020 | Omoti i oblozi (10 min.)  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 2   | 86310 | Elektrostimulacija (10 min.)  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 3   | 86311 | Terapija protiv bolova, dijadinamske, interferentne, ultrapodražajne struje, TENS (10min.)              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 4   | 93301 | Učenje hodanja sa štakama, s potpornim longetama i drugim pomagala (10 min.)                            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 5   | 94301 | Muskularna reedukacija, reedukacija neuromuskularnog sustava, kompletna (30 min.)                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 6   | 94302 | Muskularna reedukacija, reedukacija neuromuskularnog sustava, djelomična (15 min.)                      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 7   | 94303 | Specifična neurofizioterapija (Bobath, Vojta) s djetetom s cerebralnom paralizom (60 min.)              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 8   | 94320 | Trening koordinacije i ravnoteže (20 min.)  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 9   | 94401 | Trening hodanja s protezom ili ortozom (15 min.)  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 10  | 94402 | Trening upotrebe pomagala za gornji ud, proteze ili ortoze (15 min.)                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11  | 94403 | Trening upotrebe pomagala za kretanje i komunikaciju kod tjelesno teže pogodnih korisnika (15 min.)     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 12  | 94430 | Učenje stajanja, hodanja po stepenicama, učenje sjedenja i ustajanja (10 min.)                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 13  | 94460 | Učenje padanja i ustajanja s protezom ili ortozom (20 min.)   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 14  | 94551 | Individualne vježbe za razgibavanje zglobova, jačanje mišića i izdržljivosti, cijelog tijela (20 min.)  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 15  | 94552 | Individualne vježbe za razgibavanje zglobova, jačanje mišića i izdržljivosti, dijelova tijela (10 min.) |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 16  | 94640 | Mobilizacija zglobova (15 min.)   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 17  | 94720 | Respiracijski trening (15 min.)   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 18  | 94730 | Kardiovaskularni retraining (15 min.)   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 19  | 94740 | Fizioterapija za smanjenje edema (15 min.)  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 20  | 92116 | Dolazak u postupak zdravstvene njege/fizikalne terapije u kući (20 min.)                                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

|  |        |                                      |
|--|--------|--------------------------------------|
| <b>POTVRDUEM DA SU NAVEDENI POSTUPCI<br/>FIZIKALNE TERAPIJE U KUĆI PROVEDENI</b> | Datum: | Potpis osigurane osobe ili skrbnika: |
|--|--------|--------------------------------------|

Stanje osigurane osobe:

Potpis fizioterapeuta:

---