

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE



Regionalni ured: _____ Područna služba: _____

OIB: _____

Ime i prezime: _____

Godina rođenja i MB osigurane osobe: _____

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Šifra ugovornog doktora
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Šifra doktora specijaliste
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Kat. osig. [] [] [] [] Spol [] [] U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Zak. o obv. zdr. osig.* PN TJO Broj evidencije prijave ozljede/bolesti [] [] [] [] / [] []

Drž. osig. [] [] [] [] Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO _____ Zak. o obv. zdr. osig.* OR PB Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

NOVA UPUTNICA ZA

Konzilijarna zdravstvena zaštita A	Šifra djelatnosti [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Bolničko liječenje B	Šifra djelatnosti [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Specijalistička zdravstvena zaštita C	Šifra djelatnosti [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Ambulantno liječenje D	Šifra djelatnosti 1 2 2 0 0 0 0 0

Upućuje se Hiperbarična oksigenoterapija (Naziv specijaliste / djelatnosti zdravstvena zaštita)

Uputna dijagnoza _____ Šifra dij. prema MKB [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Molim, traži se Hiperbarična oksigenoterapija *****

Napomena _____ *****

U _____, 201__ g. M.P. _____ Potpis i pečat odgovornog doktora

Datum primitka na liječenje-pregled-dijagnostiku osigurane osobe; _____

U _____, 201__ g. M.P. _____ Potpis ovlaštene osobe i pečat zdr. ustanove odnosno ord. priv. prakse

HZZO-Direkcija, Zagreb Uputnica, V 7 21/03/13

* - U odgovarajuću kućicu staviti oznaku -X-

Pretisak zabranjen Tiskanica zaštićena

Uputna dijagnoza - isključivo jedna od navedenih sa stražnje strane

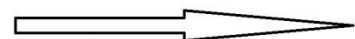
MKB šifra - pripadajuća isključivo jednoj od dijagnoza navedenih sa stražnje strane

Poledina uputnice mora sadržavati:

1. Potpis liječnika specijaliste
2. Faksimil liječnika specijaliste
3. Pečat bolnice

Poštovani kolege, kolegice, molimo Vas da **NOVU** uputnicu ispunite isključivo na način prikazan na primjeru.

OKRENI





POLIKLINIKA ZA BAROMEDICINU I MEDICINU RADA OXY
-PODRUŽNICA ZAGREB-

Avenija Gojka ʒuzka 6, 10000 Zagreb

tel.: 01/290-2300 ; 01/299-2567

fax.: 01/290-3723

e-mail: poliklinika.zg@oxy.hr

INDIKACIJE ZA ČIJE LIJEČENJE TROŠAK SNOSI HZZO

- Dekompresijska bolest
- Akutno otrovanje s CO ili COHb > 20%, cijanidima, pesticidima, nitritima i CCl₄
- Plinska (zračna) embolija
- Plinska gangrena (klostridijska infekcija)
- Akutne traumatske ishemije (posebno crush i compartment sy)
- Iznenadna gluhoća
- Iznenadna sljepoća vaskularne etiologije
- Disbarična osteonekroza
- Bellova pareza
- Glaukom otvorenog kuta
- Kronični refraktorni osteomijelitis
- Dijabetičko stopalo i dijabetička gangrena (gradus 2 po Wagneru) uz TCpO₂ u normobaričnim uvjetima, a po potrebi i na 2.5 bara
- Druge rane koje sporo zacjeljuju, trofički i ishemijski ulkusi
- Ugroženi kožni režnjevi, smrzotine, druge subakutne ishemije
- Anemija zbog akutnog teškog iskrvarenja
- Nekrotizirajuće i anaerobne infekcije
- Radionekroza tkiva
- Ulcerozni kolitis i Mb. Crohn
- Mb. Burger i Mb. Raynaud
- Cerebralni apsces
- Postoperacijski paralitički ileus