Образац ОЗ - 5

Назив здравствене установе _____

У _____

Презиме и име осигураног лица _____

Адреса _____

Сродство са носиоцем осигурања _____ рег. број

Старост (за децу до 15 година) _____

Број здравственог картона _____ Број здравствене књижице _____

ЈМБГ ЛБО

НАЛОГ ЗА ДАВАЊЕ ИНЈЕКЦИЈА

Осигураном лицу потребно је да се дају следеће инјекције

Ампулирани лекови (назив и јачина)	Прописано ампула	Дато ампула

НАЧИН ДАВАЊА: _____
(ПОТКОЖНО – ИНТРАМУСКУЛАРНО – ИНТРАВЕНОЗНО)

У размаку времена _____

У здравственој установи У стану осигураног лица

Датум: _____ М.П. _____

(потпис и факсимил доктора медицине)

НАПОМЕНА: На једном налогу може да се пропише само једна врста ампулираног лека или више врста ако се дају путем једне инјекције.

ПОДАЦИ О ДАВАЊУ ИНЈЕКЦИЈА

_____
(здравствена установа у којој се даје инјекције – штамбиљ)

Ред. бр.	Датум интрвенције	Потпис здравственог радника	Потпис осигураног лица
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Укупан број датих инјекција датих у амбуланти	
Укупан број датих инјекција датих у стану осигураног лица	

ПРИМЕДБА:_____ _____
(датум)

_____ Здравствени радник

_____ _____
(потпис)