

## Образац ОЗ - 5

### НАЛОГ ЗА ДАВАЊЕ ИЊЕКЦИЈА

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 ИЊЕКЦИЈА

Осигураном лицу потребно је да се дају следеће ињекције

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 ињекције.

**ПОДАЦИ О ДАВАЊУ ИЊЕКЦИЈА**

(здравствена установа у којој се дају ињекције - штампил)

Ред. бр.	Датум интервенције	Потпис здравственог радника	Потпис осигураног лица
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

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

ПРИМЕДБА: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(потпис)

\_\_\_\_\_

(датум)

Здравствени радник

\_\_\_\_\_