

УПУТ ЗА ЛАБОРАТОРИЈУ

Образац 30-9

Здравствена установа	Здравственој установи
Број здравственог картона-протокола	

Упућује се		
	(презиме и име лица чији се материјал шаље)	(име једног од родитеља)
матични број		
члан је породице	сродство	(презиме и име носиоца права)
запослен код		
рег. бр.		, односно (навести основ коришћења права)

Клиничка дијагноза	
Кад је узет материјал	
Ко шаље материјал	
Шта се шаље на преглед	
КАКАВ СЕ ПРЕГЛЕД ТРАЖИ	
(налаз се доставља на полеђини или посебно)	

_____ год.	М.П.	_____ (потпис и факсимил лекара)
------------	------	----------------------------------

LABORATORIJSKI NALAZ

BROJ PROTOKOLA

Broj	NAZIV ANALIZE	REZULTAT	NORMALNE VREDNOSTI JEDINICE
1	Sedimentacija eritrocita		m. 2-10 z. 3-13 mm/h
2	Eritrociti		m. 3,8-6,2 z. 3,6-6,0 $10^{12}/L$
3	Hemoglobin		m. 7,8-10,9 z. 7,1-9,6 mmol/L
4	Hematokrit		m. 0,40-0,54 z. 0,37-0,47 1
5	Retikulociti		5-15 %
6	Leukociti		4-9 $10^9/L$
7	Trombociti		100-350 $10^9/L$
8	Vreme krvavljenja		1-3 minuta
9	Vreme koagulacije		6-12 minuta
10	Protrombinsko vreme		70-100 na terapiji 25-35 %
11	Trombotest		70-100 na terapiji 5-15 %

DIFERENCIJALNA KRVNA SLIKA

12	Nesegmentirani		0,02-0,05 1
13	Segmentirani		0,58-0,68 1
14	Eozinofilni		0,01-0,04 1
15	Bazofilni		0 -0,01 1
16	Limfociti		0,22-0,35 1
17	Monociti		0,04-0,08 1
18	L. E. i ostale ćelije		0 1

OPŠTI PREGLED URINA

Broj	ANALIZE	REZULTAT	Broj	ANALIZE	REZULTAT
1	Izgled		7	Bilirubin	
2	Reakcija		8	Urobilinogen	
3	Boja		9	Hemoglobin	
4	Specifična težina		10	Aceton	
5	Proteini		11	Nitriti	
6	Glukoza		12		

ORGANIZOVANI SEDIMENT

NEORGANIZOVANI SEDIMENT

13	Eritrociti		19	Amorfni urati	
14	Leukociti		20	Kristali mokraćne kis.	
15	Cilindri		21	Amonijum urati	
16	Epitelne ćelije		22	Amorfni fosfati	
17	Bakterije		23	Tripel fosfati	
18	Paraziti		24	Kalcijum oksalat	

BIOHEMIJSKE ANALIZE URINA

Broj	NAZIV ANALIZE	REZULTAT	NORMALNE VREDNOSTI JEDINICE
25	Alfa amilaza		do 10 000 U/L
26	Glukoza		0 mmol/L
27	Kreatinin		8,84-13,26 mmol/L
28	Mokraćna kiselina		do 4,43 mmol/24 časa
29	Proteini		do 0,1 g/L
30	Urea		315-600 mmol/24 časa

Datum

M.P.

Šef laboratorije,

INSTITUT ZA LEČENJE I REHABILITACIJU
"NIŠKA BANJA"

UPUT ZA LABORATORIJU

soba broj 310

br. liste

br. sobe

Prezime, ime, godina rođenja i adresa

Šifra delatnosti

Registarski broj

Broj knjižice

Uputna dijagnoza

TRAŽI SE PREGLED

- Sedimentacija eritrocita
- Krvna slika
- Hematokriti
- Retikulociti
- Leukociti
- Leukocitna formula
- Lupus ćelije
- Trombociti
- Vreme krvavljenja
- Vreme koagulacije
- Protrombinsko vreme
- Trombotest
- Opšti pregled urina
- Alfa amilaza u urinu
- Glukoza u urinu
- Kreatinin u urinu
- Mokraćna kiselina u urinu
- Proteini u urinu
- Urea u urinu
- Glukoza
- GTT opterećenje glukozom
- Holesterol
- HDL - holesterol
- LDL - holesterol
- Ukupni lipidi
- Trigliceridi
- Beta lipoproteini
- Izgled seruma
- Bilirubin ukupni
- Bilirubin direktni
- Kreatinin
- Mokraćna kiselina
- Urea
- Ukupni proteini
- Albumini
- Fibrinogen
- Aldolaza
- Alfa amilaza
- Alkalna fosfataza
- ALT-GPT
- AST-GOT
- CK-NAC kreatin kinaza
- CK-MB izoenzim
- LDH laktat dehidrogenaza
- LDH izoenzimi
- Gama GT
- Kisela fosfataza
- Kisela fosfataza
- prostatična
- Bakar
- Fosfor neorganski
- Gvožđe
- TIBC ukupni kapacitet
- UIBC slobodni kapacitet
- Kalcijum ukupni
- Kalijum
- Natrijum
- Latex RF
- Latex CRP
- Latex ASL
- Elektroforeza proteina
- Elektroforeza lipoproteina
- IgA
- IgG
- IgM
- C-3 komplement
- C-4 komplement
- Haptoglobin
- 69.
- 70.

Datum

M.P.

Potpis lekara,

LABORATORIJSKI NALAZ

Broj	NAZIV ANALIZE	REZULTAT	NORMALNE VREDNOSTI I JEDINICE
1	Glukoza na tašte		3,9-5,8 mmol/L
2	GTT opterećenje sa 50 g posle 2 sata		do 7,8 mmol/L
3	Holesterol		3,5-6,7 mmol/L
4	HDL-holesterol		m. 0,86-1,50 ž. 0,99-1,69 mmol/L
5	LDL-holesterol		3,88-4,91 mmol/L
6	Ukupni lipidi		4,6-11,00 g/L
7	Trigliceridi		m. 0,68-1,88 ž. 0,46-1,60 mmol/L
8	Beta lipoproteini		0,12-0,35 arb. jed.
9	Izgled seruma		Bistar
10	Bilirubin ukupni		do 19 μ mol/L
11	Bilirubin direktni		do 4,5 μ mol/L
12	Kreatinin		m. 55-107 ž. 48-101 μ mol/L
13	Mokraćna kiselina		m. 210-420 ž. 150-350 μ mol/L
14	Urea		3,2-8,3 μ mmol/L
15	Ukupni proteini		60-80 g/L
16	Albumini		35-52 g/L
17	Fibrinogen		2,0-4,5 g/L
18	Aldoza		do 3,1 U/L
19	Alfa amilaza		300-2300 U/L
20	Alkalna fosfataza		30-90 U/L
21	ALT-GPT		do 19 U/L
22	AST-GOT		do 20 U/L
23	CK-NAC kreatin kinaza		m. 15-105 ž. 10-80 U/L
24	CK-MB izoenzim		do 14,4 U/L
25	LDH laktadehidrogenaza		110-300 U/L
26	LDH izoenzimi		LDH, 61-123 LDH, 82-144 U/L
27	Gama-GT		1-40 U/L
28	Kisela fosfataza		do 13 U/L

BROJ PROTOKOLA

Broj	NAZIV ANALIZE	REZULTAT	NORMALNE VREDNOSTI I JEDINICE
29	Kisela fosfataza prostatična		do 4 U/L
30	Bakar		11-24 μ mol/L
31	Fosfor neogranski		0,9-1,5 μ mol/L
32	Gvožđe		m. 12-27 ž. 1-26 μ mol/L
33	TIBC - ukupni kapacitet		44,7-75,1 μ mol/L
34	UIBC - slobodni kapacitet		23,8-55,4 μ mol/L
35	Ukupni kalcijum		2,10-2,65 mmol/L
36	Kalijum		3,6-5,4 mmol/L
37	Natrijum		135-150 mmol/L
38	Latex RF		0
39	Latex CRP		0
40	Latex ASL		0
41	Elektroforeza proteina		
	Albumini		55-70 rel %
	Alfa - 1 Globulini		1,8-4,5 rel %
	Alfa - 2 Globulini		5-11 rel %
	Beta - 1 Globulini		10-16 rel %
	Gama Globulini		11-22 rel %
42	Elektroforeza lipoproteina		
	Hilomikroni		0 rel %
	Beta lipoproteini		46-64 rel %
	Pre beta lipoproteini		8-22 rel %
	Alfa lipoproteini		19-48 rel %
43	Imunoglobulin A		0,9-4,5 g/L
44	Imunoglobulin G		8-18 g/L
45	Imunoglobulin M		0,6-2,8 g/L
46	C-3 Komplement		0,55-1,20 g %
47	C-4 Komplement		0,2-0,5 g %
48	Heptoglobulin		0,06-0,16 g %
49			

УПУТ ЗА АМБУЛАНТНО-СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ПРЕГЛЕД

Образац ОЗ-2

Здравствена установа		Здравственој установи	
Број здравственог картона - протокола		лекару специјалисти за:	
Упућује се	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>_____ (презиме и име)</div> <div>_____ (име једног родитеља)</div> </div>		
ЈМБГ	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	ЛБО	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>
члан је породице	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>_____ (сродство)</div> <div>_____ (презиме и име носиоца осигурања)</div> </div>		
рег. бр.	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	_____ (основ осигурања)	
упућује се на специјалистички преглед ради:			
_____ 20__ год.		М П	_____ (потпис и факсимил изабраног лекара)

Здравствена установа	Пријавио се дана _____ 20__ у _____ час.
	Преглед завршен _____ 20__ у _____ час.
	Број протокола - евиденције _____

ИЗВЕШТАЈ ЛЕКАРА СПЕЦИЈАЛИСТЕ

Презиме и име осигураника	
Нашао сам да болује од	
Налаз и мишљење	
_____ 20__ год.	М П _____ (потпис и факсимил лекара специјалисте)

УПУТ ЗА СТАЦИОНАРНО ЛЕЧЕЊЕ

Образац 30-11

Здравствена установа		Здравственој установи	
Број здравственог картона-протокола			
Упућује се на лечење	<div>(презиме и име)</div> <div>(име једног родитеља)</div>		
матични број			
члан је породице	<div>(сродство)</div>	<div>(презиме и име носиоца права)</div>	
запослен код			
рег. бр.		, односно	<div>(навести основ коришћења права)</div>
Дијагноза			
		М.П.	
		год.	<div>(потпис и факсимил доктора медицине - стоматологије)</div>

ИЗВЕШТАЈ СТАЦИОНАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

Здравствена установа	Пријавио се дана _____ у _____ час.
	Број протокола
Презиме и име осигураника	
Нашао сам да болује од	
Налаз и мишљење:	
Разлог због којег није задржан на лечењу	
Место _____	<div>М.П.</div> <div>(потпис и факсимил доктора медицине - стоматологије)</div>

(изданац рачуна)

(место и датум)

(број картона/протокола/историје болести)

РАЧУН
о наплаћеној партиципацијиБр. **№ 0119**Осигураном лицу _____ из _____
(име и презиме) (место)_____, ЛБО _____, број здравствене
(адреса)

књижице/потврде _____, на име партиципације за

(назив здравствене услуге, медицинско - техничког помагала, имплантата или другог вида здравствене заштите)

наплаћено је _____ дин. (словима: _____),

на основу члана _____ тачка _____ Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту
из обавезног осигурања и о партиципацији за _____ годину.

(потпис лица које је издало рачун)

Број протокола: _____

Датум: _____ 20____ год.

ИЗЈАВА

Изјављујем да сам упознат-а, пре пружања здравствене заштите у Институту, да ћу сносити трошкове здравствених услуга које се не пружају на терет средстава обавезног осигурања, а у складу са **Уговором о пружању и финансирању здравствене заштите у 2013. години.**

Такође сам упознат-а са чланом 61. тачка 6. Закона о здравственом осигурању (Службени гласник РС бр. 107/05), поглавље **Здравствена заштита која се не обезбеђује у обавезном здравственом осигурању: "Која није медицински неопходна или се врши на лични захтев".**

Сагласан-на сам да из својих средстава извршим уплату наведених услуга, а по ценовнику Института.

Давалац Изјаве

Л.к. бр. _____ SUP _____

ИНСТИТУТ "НИШКА БАЊА"
ОРТОПЕДСКО ОДЕЉЕЊЕ

Матични број _____

ПРЕЗИМЕ И ИМЕ _____

ИНСТИТУТ "НИШКА БАЊА"
РЕУМАТОЛОШКО ОДЕЉЕЊЕ

Матични број _____

ПРЕЗИМЕ И ИМЕ _____



INSTITUT ZA LEČENJE I REHABILITACIJU "NIŠKA BANJA"
U NIŠKOJ BANJI

**COLOR DOPPLER EHOSONOGRAFIJA
MAGISTRALNIH KRVNIH SUDOVA VRATA**

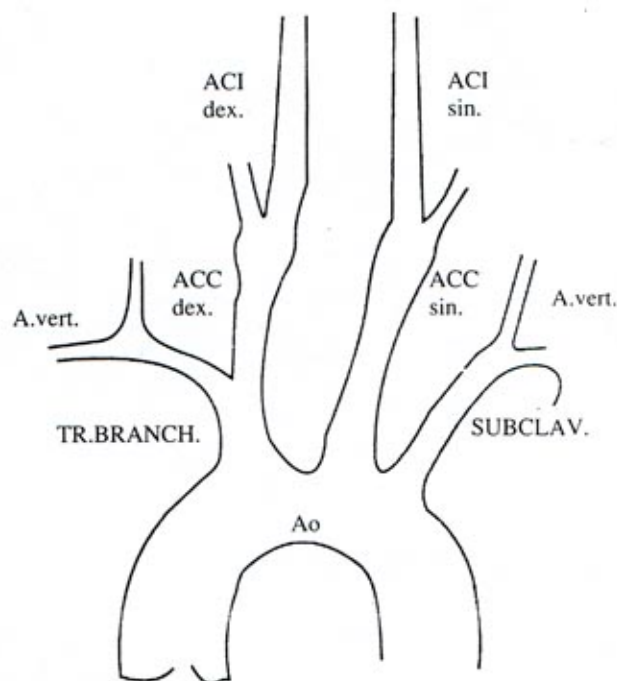
Tel. 541-414 lok. 310

RED. BR.

IME I PREZIME

G. ROĐENJA

DATUM



KARDIOVASKULARNA DIJAGNOSTIKA INSTITUTA "NIŠKA BANJA":

Ehokardiografija, Stres - ehokardiografija (napor, farmakološki agensi). Color doppler ehosonografija magistralnih krvnih sudova vrata.
Ergo - test, 24h holter monitoring (komorski kasni potencijali, varijabilnost SF). AVL. 24h ambulantno registrovanje krvnog pritiska.

Ред. број	Датум	Презиме, име једног од родитеља и име	Година рођења	Улица и број пребивалишта — место, општина, републина	1) Регистарски број 2) Шифра делатности 3) Број здрав. легитимације	Категорија здравствене заштите ФОНД	Вид здравств. заштите
0	1	2	3	4	5	6	7

[illegible]

ИНСТИТУТ ЗА ЛЕЧЕЊЕ И
РЕХАБИЛИТАЦИЈУ
"НИШКА БАЊА"

Радни налог № 02475

Образац

Корисник уређаја _____ Објект _____

Организациона јединица _____

Производ - уређај _____ Тип _____ Фабр. бр. _____

Датум пријема рекламације _____

Тел. _____ Пут. књиге _____ Усмено _____

Пријављени узрок кvara _____

Руководилац службе

Требовање материјала - делова _____

Ред. број	НАЗИВ МАТЕРИЈАЛА - ДЕЛОВА	Јед. мере	Количина	Цена	Износ
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

СВЕГА:

1. Примедбе _____

2. Гарантни рок:

а) прошао

б) није прошао

Поправку извршио

Датум:

Ликвидатор

Руководилац
организационе јединице

у _____ час.



Штампа "ЗЕНИТ" - Ниш
тел: 018/561-544

Здравствена установа која
издаје потврду

(матични број)							
(јединица у саставу)							

(назив)

ПОТВРДА О СМРТИ

1. Презиме и име умрлог			
Презиме пре закључења брака			
Презиме и име оца		2. Пол	
Презиме и име мајке		Мушко	1
		Женско	2

3. Датум и час смрти / налажења леша	
Утврђен (за смрт у здравственој установи)	1
Према добијеним подацима	2
Леш је нађен	3
3.1. Место наступања смрти	1
Место проналажења леша	2

4. Датум рођења и ЈМБГ			
(дан)	(месец)	(година)	(осталих 6 цифара)
4.1. Место рођења		Место (насеље)	
		Општина (или страна држава)	

5. Пребивалиште		Улица и број	
		Место (насеље)	
		Општина	
		Република	

6. Брачно стање		Неожењен - неудата	
6.1. Презиме и име брачног друга, презиме пре закључења брака		Ожењен - удата	
		Удовац - удовица	
		Разведен - разведена	

7. Држављанство			
8. Национална и етничка припадност			
9. Вероисповест			

10. Највиша завршена школа		11. Активност	
Без школе	1	Обављало занимање у радном односу	1
Непотпуна основна школа	2	Остали који су обављали занимање	2
Основна школа	3	(за одговоре 1 и 2 код активности, уписати назив занимања)	
Средња школа	4	Незапослен	3
Виша школа	5	Пензионер	4
Висока школа	6	Лице са другим личним приходом	5
		Доматица	6
		Дете, ученик или студент	7
		Остала издржавана лица	8
		Лице је било на привременом раду-боравку у иностранству	9

ПОДАЦИ О УМРЛОМ ОДОЈЧЕТУ (питања 1-3 попуњавају се само за одојчад до 30 дана старости)	
1. Телесна маса на рођењу (у грамима)	
2. Телесна дужина на рођењу (у центиметрима)	
3. Гестациона старост (навршене недеље гестације)	

4. Датум рођења мајке умрлог одојчета			
		(дан)	(месец)
		(година)	

5. Највиша завршена школа мајке умрлог одојчета		6. Активност мајке умрлог одојчета	
Без школе	1	Обављало занимање у радном односу	1
Непотпуна основна школа	2	Остали који обављају занимање	2
Основна школа	3	(за одговоре 1 и 2 код активности, уписати назив занимања)	
Средња школа	4	Незапослен	3
Виша школа	5	Пензионер	4
Висока школа	6	Лице са другим личним приходом	5
		Доматица	6
		Ученик или студент	7
		Остала издржавана лица	8
		Лице је било на привременом раду-боравку у иностранству	9

1. За умрле ван здравствене установе:			
а) Назив последње здравствене установе у којој је лечен _____			
б) Презиме и име последњег ординирајућег лекара _____			
2. Порекло смрти	Природна _____ 1	Насилна _____ 2	
	1.1. Незаразна _____	Неутврђено _____ 3	
	1.2. Заразна _____		
3. Да ли је тражена обдукција			
	Не _____ 1		
	Да - клиничка _____ 2		
	Да - судско-медицинска _____ 3		
	Да - леш је ослобођен обдукције _____ 4		(назив суда и број предмета) _____
ПОДАЦИ О НАСИЛНОЈ СМРТИ			
1. Порекло насилне смрти:		2. Време догађаја (према анамнестичким подацима) који је изазвао насилну смрт	
Несрећан случај - задес _____ 1		_____	
Самоубиство _____ 2		_____	
Убиство _____ 3		_____	
Остало _____ 4		_____	
		(дан) (месец) (година) (час) (минут)	
		Дан у недељи _____ (понедељак, уторак, итд.)	
3. Место догађаја		4. У тренутку догађаја умрли је био	
Кућа, стан, колективни стан _____ 1		На послу _____ 1	
Школа, друга јавна места и институције _____ 2		При одласку или повратку са посла _____ 2	
Спортски објекти _____ 3		На раду у домаћинству _____ 3	
Саобраћајнице _____ 4		У току спортске активности _____ 4	
Фабрика, рудник, градилиште и сл. _____ 5		Код куће - у слободно време _____ 5	
Пољопривредна газдинства _____ 6		Ван куће - у слободно време _____ 6	
Поље, планина, река, језеро, море и сл. _____ 7			
① УЗРОК СМРТИ			
I			
а) Непосредни узрок _____		_____	
б) Предходни узрок (болест или повреда) _____		_____	
в) Основни узрок (болест или спољашње околности повређивања) _____		_____	
II			
Друга значајна стања, болести и повреде које су допринеле смрти _____		_____	

② Да ли је умрли био лечен од болести, повреде од које је умро			
Да _____ 1		Не _____ 2	
		Неутврђено _____ 3	
③ Ко је дао податке о узроку смрти		4. Подаци о узроку смрти су дати из:	
Ординирајући лекар _____ 1		а) Здравственог картона бр. _____	
Мртвозорник (са медицинском документацијом) _____ 2		б) Историје болести бр. _____	
Мртвозорник (без медицинске документације) _____ 3		в) Обдукционог налаза бр. _____	
Обдуцент _____ 4		г) Остале документације бр. _____	
НАПОМЕНА:			

На основу извршеног детаљног прегледа необученог леша _____ потврђујем смртни исход.
(датум, час, минут)

у _____ (М.П.) Потпис и факсимил лекара
_____ 20 _____

БЕЛЕШКА МАТИЧАРА: Овај случај је уписан у матичну књигу умрлих која се води
За место (насеље) _____ општину _____
под текућим бројем _____ за годину _____
(М.П.) Потпис матичара

**ИНСТИТУТ ЗА ЛЕЧЕЊЕ
И ПРЕВЕНЦИЈУ - НИШКА БАЊА**

М. Бр. _____

Одељење _____

Спрат _____ соба _____

Примљен у болницу _____

Умро (дан и час) _____

Колико година одн. рођење _____

ЕВИДЕНЦИОНИ ЛИСТ ЛЕША

Име и одакле је _____

Занимање и стан _____

Ако је задобио озледу _____

Где и кад се то десило _____

Који је део повређен? _____

Кратка анамнеза _____

Латинска дијагноза _____

Обдукција обавезна _____

**INSTITUT ZA SUDSKU, EKSPERIMENTALNU PATOLOGIJU I
PATOLOŠKU ANATOMIJU MEDICINSKOG FAKULTETA U NIŠU**

Obdukcioni br. _____ / _____

ZAHTEV ZA OBDUKCIJU

Klinika _____, odeljenje _____

Ime i
prezime _____, god.st. _____, pol _____

Mesto rođenja _____, mesto boravka _____

Zanimanje _____, Datum prijema na lečenje _____

_____, Dan i čas smrti: _____

(Zajed. zdrav. osiguranja)

_____, Dan i čas obduk: _____

(Ustanova u kojoj je radio)

(Ko je nosilac osiguranja)

(Br. zdrav. knjižice)

Klinička dijagnoza

IZVOD IZ ISTORIJE BOLESTI

Posebne napomene i zahtevi

Potpis kliničkog lekara

**INSTITUT ZA KLINIČKU, EKSPERIMENTALNU PATOLOGIJU I
PATOLOŠKU ANATOMIJU MEDICINSKOG FAKULTETA U NIŠU**

Obdukциони br. _____ / _____

IZVEŠTAJ O REZULTATU OBDUKCIJE

Klinika _____, odeljenje _____

Ime i prezime _____, god. st. _____, pol _____

Mesto rođenja _____, mesto boravka _____

Zanimanje _____, Datum prijema na lečenje _____

_____ Dan i čas smrti: _____
(Zajed. zdrav. osiguranja)

_____ Dan i čas obduk: _____
(Ustanova u kojoj je radio)

_____ (Ko je nosilac osiguranja) _____ (Broj zdr. knjižice)

Klinička dijagnoza

IZVOD IZ ISTORIJE BOLESTI

Posebne napomene i zahtevi

Potpis kliničkog lekara

PATOLOŠKO - ANATOMSKA DIJAGNOZA

Makro i mikrofotografije _____

Metode obrade materijala _____

Makromuzej _____

KLINIČKO - PATOLOŠKA EPIKRIZA

Direktor instituta

Obducent

Datum _____ 200 _____

ПОСМРТНИ КАРТОН

ИНСТИТУТ ЗА ЛЕЧЕЊЕ
И ПРЕВЕНЦИЈУ - НИШКА БАЊА

М. број _____

Презиме и име _____

Дан доласка _____

Дан смрти _____

Смрт установио _____

Потребна је клиничка секција _____

судска обдукција _____

Обр. бр. 3

OPERATIVNI KARTON

18

ORTOPEDSKO ODELJENJE - NIŠKA BANJA

Br. istorije bolesti	Op. šifra	Br. prot. oper.	Br. kartoteke	Soba

Prezime i ime _____ god. _____

Dijagnoza _____

Internistički nalaz: _____

Potpis, _____

Zaključak konzilijuma: _____

Lekar, _____

Krvna grupa _____

Šef odseka, _____

Datum, _____

Naziv operacije: _____

Nalaz: _____

Trajanje operacije: _____

Imobilizacija: _____

Terapija: _____

Materijal: _____

Asistenti:

1. _____

2. _____

3. _____

Anesteziolog,

Instrumentarka,

Operator,

Datum _____

ДАТУМ	ТОК БОЛЕСТИ И НАЛАЗИ	ТЕРАПИЈА

Обр. бр. 1-11-Ср.

ИСТОРИЈА БОЛЕСТИ

1	НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ			
2	ОДЕЉЕЊЕ НА ПРИЈЕМУ			
3	БРОЈ ИСТОРИЈЕ БОЛЕСТИ	4	ДАТУМ ПРИЈЕМА	
5	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ПАЦИЈЕНТА			
6	ЈМБГ	7	ДАТУМ РОЂЕЊА	
8	ДРЖАВЉАНСТВО	9	ПОЛ	1 - М 2 - Ж
10	АДРЕСА И ОПШТИНА ПРЕБИВАЛИШТА			
11	ОСИГУРАЊЕ	1 - ДА 2 - НЕ	12	ЛБО
13	УПУТНА ДИЈАГНОЗА			
14	ПОВРЕДА	1 - ДА 2 - НЕ	15	СПОЉНИ УЗРОК ПОВРЕДЕ ПО МКБ
16	ОСНОВНИ УЗРОК ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ			
17	ПРАТЕЋЕ ДИЈАГНОЗЕ ПО МКБ			
18	ШИФРА ПРОЦЕДУРЕ ПО НОМЕНКЛАТУРИ			
19	ТЕЖИНА НА ПРИЈЕМУ (ЗА НОВОРОЂЕНЧЕ)	(у грамима)	20	БРОЈ САТИ ВЕНТИЛАТОРНЕ ПОДРШКЕ
21	ДАТУМ ОТПУСТА		22	БРОЈ ДАНА ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ
23	ОДЕЉЕЊЕ СА КОГА ЈЕ ИЗВРШЕН ОТПУСТ			
24	ВРСТА ОТПУСТА 1 - ОТПУСТ КУЋИ/ДРУГО МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА 2 - ОТПУСТ/ПРЕМЕШТАЈ У ДРУГУ ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ ЗА КРАТКОТРАЈНУ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈУ 3 - ОТПУСТ/ПРЕМЕШТАЈ У ДРУГУ ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ 4 - СТАТИСТИЧКИ ОТПУСТ 5 - ОТПУШТЕН НА СОПСТВЕНИ ЗАХТЕВ 6 - УМРО ОБДУКОВАН 1 - ДА 2 - НЕ			
25	ОСНОВНИ УЗРОК СМРТИ			

ПОТПИС И ФАКСИМИЛ ЛЕКАРА СПЕЦИЈАЛИСТЕ КОЈИ ЈЕ ЗАКЉУЧИО ЕПИЗОДУ БОЛНИЧКОГ ЛЕЧЕЊА

ИЗВЕШТАЈ О ХОСПИТАЛИЗАЦИЈИ

1	НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ			
2	ОДЕЉЕЊЕ НА ПРИЈЕМУ			
3	БРОЈ ИСТОРИЈЕ БОЛЕСТИ	4	ДАТУМ ПРИЈЕМА	
5	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ПАЦИЈЕНТА			
6	ЈМБГ	7	ДАТУМ РОЂЕЊА	
8	ДРЖАВЉАНСТВО	9	ПОЛ 1 - М 2 - Ж	
10	АДРЕСА И ОПШТИНА ПРЕБИВАЛИШТА			
11	ОСИГУРАЊЕ	12	ЛБО	
13	УПУТНА ДИЈАГНОЗА			
14	ПОВРЕДА	15	СПОЉНИ УЗРОК ПОВРЕДЕ ПО МКБ	
16	ОСНОВНИ УЗРОК ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ			
17	ПРАТЕЋЕ ДИЈАГНОЗЕ ПО МКБ			
18	ШИФРА ПРОЦЕДУРЕ ПО НОМЕНКЛАТУРИ			
19	ТЕЖИНА НА ПРИЈЕМУ (ЗА НОВОРОЂЕНЧЕ)	20	БРОЈ САТИ ВЕНТИЛАТОРНЕ ПОДРШКЕ	
21	ДАТУМ ОТПУСТА	22	БРОЈ ДАНА ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ	
23	ОДЕЉЕЊЕ СА КОГА ЈЕ ИЗВРШЕН ОТПУСТ			
24	ВРСТА ОТПУСТА		5 - ОТПУШТЕН НА СОПСТВЕНИ ЗАХТЕВ	
	1 - ОТПУСТ КУЋИ/ДРУГО МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА		6 - УМРО	
	2 - ОТПУСТ/ПРЕМЕШТАЈ У ДРУГУ ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ ЗА КРАТКОТРАЈНУ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈУ		ОБДУКОВАН 1 - ДА 2 - НЕ	
	3 - ОТПУСТ/ПРЕМЕШТАЈ У ДРУГУ ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ			
	4 - СТАТИСТИЧКИ ОТПУСТ			
25	ОСНОВНИ УЗРОК СМРТИ			

МАТИЧНИ ЛИСТ

1	НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ			
2	ОДЕЉЕЊЕ НА ПРИЈЕМУ			
3	БРОЈ ИСТОРИЈЕ БОЛЕСТИ		4	ДАТУМ ПРИЈЕМА
5	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ПАЦИЈЕНТА			
6	ЈМБГ		7	ДАТУМ РОЂЕЊА
8	ДРЖАВЉАНСТВО		9	ПОЛ 1 - М 2 - Ж
10	АДРЕСА И ОПШТИНА ПРЕБИВАЛИШТА			
11	ОСИГУРАЊЕ	1 - ДА 2 - НЕ	12	ЛБО
13	УПУТНА ДИЈАГНОЗА			
14	ПОВРЕДА	1 - ДА 2 - НЕ	15	СПОЉНИ УЗРОК ПОВРЕДЕ ПО МКБ
16	ОСНОВНИ УЗРОК ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ			
17	ПРАТЕЋЕ ДИЈАГНОЗЕ ПО МКБ			
18	ШИФРА ПРОЦЕДУРЕ ПО НОМЕНКЛАТУРИ			
19	ТЕЖИНА НА ПРИЈЕМУ (ЗА НОВОРОЂЕНЧЕ)		20	БРОЈ САТИ ВЕНТИЛАТОРНЕ ПОДРШКЕ
21	ДАТУМ ОТПУСТА		22	БРОЈ ДАНА ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ
23	ОДЕЉЕЊЕ СА КОГА ЈЕ ИЗВРШЕН ОТПУСТ			
24	ВРСТА ОТПУСТА 1 - ОТПУСТ КУЋИ/ДРУГО МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА 2 - ОТПУСТ/ПРЕМЕШТАЈ У ДРУГУ ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ ЗА КРАТКОТРАЈНУ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈУ 3 - ОТПУСТ/ПРЕМЕШТАЈ У ДРУГУ ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ 4 - СТАТИСТИЧКИ ОТПУСТ		5 - ОТПУШТЕН НА СОПСТВЕНИ ЗАХТЕВ 6 - УМРО ОБДУКОВАН 1 - ДА 2 - НЕ	
25	ОСНОВНИ УЗРОК СМРТИ			



INSTITUT
ZA LEČENJE I REHABILITACIJU
"NIŠKA BANJA"
U NIŠKOJ BANJI



DUŽNI STE DA ČUVATE LEGITIMACIJU I DA JE POKAŽETE NA ZAHTEV OVLAŠĆENOG LICA
ZLOUPOTREBA LEGITIMACIJE POVLAČI ODGOVORNOST
UPOZNAJTE SE SA KUĆNIM REDOM I IZVRŠAVAJTE GA
PRI ODLASKU JAVITE SE SOBARICI I RECEPCIONARU
HVALA NA SARADNJI!



INSTITUT
ZA LEČENJE I REHABILITACIJU
"NIŠKA BANJA"
U NIŠKOJ BANJI

BR. LEGITIMACIJE _____

ime _____	Br. sobe-stola _____	<div><div>DORUČAK</div><div>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div><div>11 12 13 14 15 16 17 18 19 20</div><div>21 22 23 24 25 26 27 28 29 30</div><div>31</div></div>	
prezime _____	Dijeta br. _____		<div><div>RUČAK</div><div>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div><div>11 12 13 14 15 16 17 18 19 20</div><div>21 22 23 24 25 26 27 28 29 30</div><div>31</div></div>
iz _____	Vreme obroka doručak 7.30 - 9.00 ručak 13.00 - 15.00 večera 18.30 - 19.30		<div><div>VEČERA</div><div>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div><div>11 12 13 14 15 16 17 18 19 20</div><div>21 22 23 24 25 26 27 28 29 30</div><div>31</div></div>
br. lk. _____		PRIJATAN BORAVAK I USPEŠNO LEČENJE I REHABILITACIJA U INSTITUTU "NIŠKA BANJA"	

INSTITUT
ZA LEČENJE I REHABILITACIJU
"NIŠKA BANJA"
U NIŠKOJ BANJI



INSTITUT
ZA LEČENJE I REHABILITACIJU
"NIŠKA BANJA"
U NIŠKOJ BANJI



DUŽNI STE DA ČUVATE LEGITIMACIJU I DA JE POKAŽETE NA ZAHTEV OVLAŠĆENOG LICA
ZLOUPOTREBA LEGITIMACIJE
POVLAČI ODGOVORNOST

UPOZNAJTE SE SA KUĆNIM
REDOM I IZVRŠAVAJTE GA
PRI ODLASKU JAVITE SE
SOBARICI I RECEPCIONARU

HVALA NA SARADNJI!

INSTITUT
ZA LEČENJE I REHABILITACIJU
"NIŠKA BANJA"
U NIŠKOJ BANJI



BR. LEGITIMACIJE _____

ime _____

Br. sobe-stola _____

Dijeta br. _____

prezime _____

Vreme obroka

doručak 7.30 - 9.00
ručak 12.00 - 13.00
večera 18.30 - 19.30

iz _____

PRIJATAN BORAVAK I USPEŠNO
LEČENJE I REHABILITACIJA U
INSTITUTU "NIŠKA BANJA"

br. l.k. _____

DORUČAK	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
RUČAK	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
VEČERA	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

Br. sobe _____

Prezime _____

Ime _____

Mesto _____

Od _____

Do _____

Ред. број	Датум	Број бањског листа	ПРЕЗИМЕ И ИМЕ	Број интервен.	Установа - предузеће

[illegible]

БОЛЕСТИ КОЈЕ СЕ ЛЕЧЕ У НИШКОЈ БАЊИ

А. ПОВРЕДЕ И БОЛЕСТИ ЛОКОМОТОРНОГ АПАРАТА

1. Запаљени реуматизам
 - Хронични артритис
 - Анкилопоеични спондилоартритис (М. Бехтерева)
 - Реуматоидни артритис
 - Системске болести везивног ткива
2. Дегенеративни реуматизам
 - Артрозе, спондилозе, спондилоартрозе
 - Дископатије
 - Артрозе периферних зглобова
3. Ванзглобни реуматизам
 - Фиброзитис, фибромиозитис, тендинитис, периартритис, бурситис
4. Стања после траума и ратних рањавања
5. Функционалне последице после операције на локомоторном апарату
6. Урична дијатеза

Б. КАРДИОВАСКУЛАРНЕ БОЛЕСТИ

1. Коронарна болест (ангина пекторис, инфаркт поремећаји ритма)
2. Артеријска хипертензија
3. Стања после ендокардита, миокардита и перикардита
4. Стања после хируршких интервенција на срцу и крвним судовима
5. Срчане мане - урођене и стечене
6. Хроничне болести срчаног мишића
7. Болести периферних крвних судова

Ц. НЕУРОЛОШКА ОДЕЉЕЊА

1. Полинеуритис, полирадикулитис различите етиологије
2. Хемипарезе после инфаркта мозга, хируршких интервенција и повреда мозга

3. Психосоматске болести

Д. ГИНЕКОЛОШКЕ БОЛЕСТИ

1. Хронични запаљенски процеси на аднексама
2. Постоперативна стања праћена запаљивим променама
3. Продужено лечење гениталне ТБЦ
4. Примарни и секундарни стерилитет

Е. ОБОЉЕЊА РЕСПИРАТОРНИХ ОРГАНА

1. Хронични ларингитис, трахеитис, бронхитис
2. Бронхијална астма

НАПОМЕНА ЗА БОЛЕСНИКЕ:

Ова листа је новчани документ - дупликат се не издаје. Строго се придржавати датих упутстава бањског лекара. Време и дужина трајања терапијских процедура су наведени у сваком програму. Пре уласка у базен обавезно је претходно туширање. После купања одморити се лежењем 1-3 сата. У случају погоршања болести јавите се свом бањском лекару.

ИНСТИТУТ "НИШКА БАЊА"

Стационари: Зеленгора, Радон, Терме
 Специјалистичке амбуланте: интернистичка, реуматолошка,
 кардиолошка, физијатријска, неуролошка, гинеколошка,
 ортопедска.

Кабинети: рендген, функционална дијагностика /ЕКГ, тестови оптерећења, фоно, ехо, итд./, физикална терапија, биохемијска лабораторија, акупунктура.

ИНФОРМАЦИЈЕ: 018/541-414; 541-968

Телефакс: 018/542-084

Институт "Нишка Бања" у својим ресторанима, по набавним ценама, организује исхрану гостију приватно смештених.

Институт за лечење и рехабилитацију
"Нишка Бања" у Нишкој Бањи



№ 06321

дату

м. бр. прот.

објекат	
---------	--

БАЛНЕО - ФИЗИКАЛНИ ПРОГРАМ ЛЕЧЕЊА

презиме

име

год. рођ.





/m3

занимање

дијагноза

_____ потпис лекара

[illegible]

напред		пелоид		позади
напред		електротерапија		позади
напомена лекара: 				

БОЛЕСТИ КОЈЕ СЕ ЛЕЧЕ У НИШКОЈ БАЊИ

- A. ПОВРЕДЕ И БОЛЕСТИ ЛОКОМОТОРНОГ АПАРАТА**
1. Запаљенски реуматизам
 - Хронични артритис
 - Анкилопоетични спондилоартритис (М. Бехтерев)
 - Реуматоидни артритис
 - Системске болести везивног ткива
 2. Дегенеративни реуматизам
 - Артрозе, спондилозе, спондилоартрозе
 - Дископатије
 - Артрозе периферних зглобова
 3. Ванзглобни реуматизам
 - Фиброзитис, фибромиозитис, тендинитис, периартритис, бурзитис
 4. Стања после траума и ратних рањавања
 5. Функционалне последице после операције на локомоторном апарату
 6. Урична дијатеза
- Б. КАРДИОВАСКУЛАРНЕ БОЛЕСТИ**
1. Коронарна болест (ангина пекторис, инфаркт поремећаји ритма)
 2. Артеријска хипертензија
 3. Стања после ендокардита, миокардита и перикардита
 4. Стања после хируршких интервенција на срцу и крвним судовима
 5. Срчане мане - урођене и стечене
 6. Хроничне болести срчаног мишића
 7. Болести периферних крвних судова
- Ц. НЕУРОЛОШКА ОДЕЉЕЊА**
1. Полинеуритис, полирадикулитис различите етиологије
 2. Хемипарезе после инфаркта мозга, хируршких интервенција и повреда мозга
 3. Психосоматске болести
- Д. ГИНЕКОЛОШКЕ БОЛЕСТИ**
1. Хронични запаљенски процеси на аднексама
 2. Постоперативна стања праћена запаљивим променама
 3. Продужено лечење гениталне ТБЦ
 4. Примарни и секундарни стерилитет
- Е. ОБОЉЕЊА РЕСПИРАТОРНИХ ОРГАНА**
1. Хронични ларингитис, трахеитис, бронхитис
 2. Бронхијална астма

НАПОМЕНА ЗА БОЛЕСНИКЕ:

Ова листа је новчани документ - дупликат се не издаје. Строго се придржавати датих упутстава бањског лекара. Време и дужина трајања терапијских процедура су наведени у сваком програму. Пре уласка у базен обавезно је претходно туширање. После купања одморити се лежењем 1-3 сата. У случају погоршања болести јавити се свом бањском лекару.

ИНСТИТУТ "НИШКА БАЊА"

Стационари: Зеленогора, Радон, Терме
 Специјалистичке амбуланте: интернистичка, реуматолошка,
 кардиолошка, физијатријска, неуролошка, гинеколошка,
 ортопедска.
 Кабинети: рендген, функционална дијагностика /ЕКГ, тестови
 оптерећења, фоно, ехо, итд./, физикална терапија, биохемијска
 лабораторија, акупунктура.

ИНФОРМАЦИЈЕ: 018/541-414; 541-968

Телефакс: 018/542-084

Институт "Нишка Бања" у својим ресторанима, по набавним ценама, организује исхрану гостију приватно смештених.

**Институт за лечење и рехабилитацију
"Нишка Бања" у Нишкој Бањи**



№ 05018

датум

м. бр. прот.

објекат

БАЛНЕО - ФИЗИКАЛНИ ПРОГРАМ ЛЕЧЕЊА

презиме

ИМЕ

год. рођ.

/m3

занимање

дијагноза

потпис лекара

[illegible]

[illegible]

БОЛЕСТИ КОЈЕ СЕ ЛЕЧЕ У НИШКОЈ БАЊИ

А. ПОВРЕДЕ И БОЛЕСТИ ЛОКОМОТОРНОГ АПАРАТА

1. Запаленски реуматизам
 - Хронични артритис
 - Анкилопоетични спондилоартритис (М. Бехтерев)
 - Ревматоидни артритис
 - Системске болести везивног ткива
2. Дегенеративни реуматизам
 - Артрозе, спондилозе, спондилоартрозе
 - Дископатије
 - Артрозе периферних зглобова
3. Ванзглобни реуматизам
 - Фиброзитис, фибромиозитис, тендинитис, периартритис, бурзитис
4. Стања после траума и ратних рањавања
5. Функционалне последице после операције на локомоторном апарату
6. Урична дијатеза

Б. КАРДИОВАСКУЛАРНЕ БОЛЕСТИ

1. Коронарна болест (ангина пекторис, инфаркт поремећаји ритма)
 2. Артеријска хипертензија
 3. Стања после ендокардита, миокардита и перикардита
 4. Стања после хируршких интервенција на срцу и крвним судовима
 5. Срчане мане - урођене и стечене
 6. Хроничне болести срчаног мишића
 7. Болести периферних крвних судова
- Ц. НЕУРОЛОШКА ОДЕЉЕЊА

1. Полинеуритис, полирадикул

2. Хемипарезе после инфаркта мозга, хируршких интервенција и повреда мозга
3. Психосоматске болести

Д. ГИНЕКОЛОШКЕ БОЛЕСТИ

1. Хронични запаљенски процеси на аднексама
 2. Постоперативна стања праћена запаљивим променама
 3. Продужено лечење гениталне ТБЦ
 4. Примарни и секундарни стерилитет
- Е. ОБОЉЕЊА РЕСПИРАТОРНИХ ОРГАНА**

1. Хронични ларингитис, трахеитис, бронхитис
2. Бронхијална астма

НАПОМЕНА ЗА БОЛЕСНИКЕ:

Ова листа је новчани документ - дупликат се не издаје. Строго се придржавати датих упутстава бањског лекара. Време и дужина трајања тераписких процедура су наведени у сваком програму. Пре уласка у базен обавезно је претходно туширање. После купања одморити се лежењем 1-3 сата. У случају погоршања болести јавити се свом бањском лекару.

ИНСТИТУТ "НИШКА БАЊА"

Стационари: Зеленгора, Радон, Терме
 Специјалистичке амбуланте: интернистичка, реуматолошка,
 кардиолошка, физијатријска, неуролошка, гинеколошка,
 ортопедска.

Кабинети: рендген, функционална дијагностика /ЕКГ, тестови оптерећења, фоно, ехо, итд./, физикална терапија, биохемијска лабораторија, акупунктура.

ИНФОРМАЦИЈЕ: 018/541-414; 54*-968

Телефакс: 018/542-084

Институт "Нишка Бања" у својим ресторанима, по набавним ценама, организује исхрану гостију приватно смештених.

**Институт за лечење и рехабилитацију
"Нишка Бања" у Нишкој Бањи**



No 6353

датум

м. бр. прот.

објекат	
---------	--

БАЛНЕО - ФИЗИКАЛНИ ПРОГРАМ ЛЕЧЕЊА

презиме

име

год. рођ.

/m3

занимање

дијагноза

ПОТПИС ЛЕКАРА

Базенске услуге

4001

Е

Карта за базен

Цена: _____

Институт за лечење и рехабилитацију
Нишка Бања

Базенске услуге

4001

Е

Цена: _____

КОНТРОЛА

4001

Е

КАРТА ЗА БАЗЕН

26



Институт за лечење и рехабилитацију

“НИШКА БАЊА”

Нишка Бања, Ниш

Образец РП

У Нишкој Бањи,
датум _____

РАЧУН

о наплаћеној партиципацији

(број картона/протокола/историје болести)

Бр. _____

Осигураном лицу _____ из _____
(име и презиме) (место)

_____, ЛБО [| | | | | | | |], број здравствене _____
 _____ (адреса)

књижице/потврде, на име партиципације за

(назив здравствене услуге, медицинско - техничког помагала, имплантата или другог вида здравствене заштите)

наплаћено је _____ дин. (словима: _____),

на основу члана _____ тачка _____ Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту

из обавезnog осигурања и о партиципацији за _____ годину.

МП

(потпис лица које је издало рачун)



Институт за лечење и рехабилитацију

“НИШКА БАЊА”

Нишка Бања, Ниш

Датум:

Рачун бр.

3a:

на име коришћења ниже наведених услуга у времену од _____ до _____

О П И С	Количина	Цена	ИЗНОС

УКУПНО:

Укупно за наплату по рачуну за партиципацију и услуге:

Наплатио:



INSTITUT

ZA LEČENJE I REHABILITACIJU "NIŠKA BANJA"

Tel/Fax 018/4549-084

POŠTARINA PLAĆENA
KOD POŠTE 18205 NIŠKA BANJA



INSTITUT

ZA LEČENJE I REHABILITACIJU "NIŠKA BANJA"

Telefax 018/549-084

POŠTARINA PLAĆENA
KOD POŠTE 18205 NIŠKA BANJA

XII	LEKOVI PO DNEVNOJ DOZI					
	Naziv leka (dnevna doza)	Količina	C e n a	Ukupno dinara	Umanjena doza dnev.	Svega za ispl.
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
	SVEGA LEKOVI					

XIII	KLIPSOVI	Količina	C e n a	IZNOS
1.				
2.				
	SVEGA (1+2)			
XIV	Sistem pudens			
1.				
2.				
	SVEGA			
XV	Kontrasna sredstva			
1.				
2.				
3.				
4.				
	SVEGA			
XVI	Ostale usluge			
1.				
2.				
3.				
4.				
UKUPNO: I - XVI				

Obračunao,

Doktor,

Med. sestra,

INSTITUT ZA LEČENJE I REHABILITACIJU
"NIŠKA BANJA" u Niškoj Banji

Obračunska lista za lečenje

Fond Z.Z.

Za bolesnika _____ mat. broj _____

prebivalište _____ reg. br. _____ šifra _____ br. l.k. _____

lečen od _____ do _____ 20____ god.

Red. br.	VRSTA INTERVENCIJE	Količina	C e n a	IZNOS
I	Bolesnički dani			
1.	Opšta nega			
2.	Poluintenz.			
3.	Intenzivna nega			
	SVEGA			
II	Operacija - šifre			
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
	SVEGA			
III	Anestezija - (šifre)			
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
	SVEGA			
IV	Konsultat. pregled:			
1.				
2.				
3.				
	SVEGA			

Red. br.	VRSTA INTERVENCIJE	Količina	C e n a	IZNOS
V	Krv i krvni derivati:			
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
	S V E G A (1+10)			
VI	Rendgen usluge:			
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
	S V E G A (1+10)			
VII	Laboratorijske usluge:			
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
	S V E G A (1+14)			

Lekovi

Obrračunska lista za lečenje

Fond Z.Z. _____

Za bolesnika _____ mat. broj _____

prebivalište _____ reg. br. _____ šifra _____ br. l.k. _____

lečen od _____ do _____ 20____ god.

Red. br.	VRSTA INTERVENCIJE	Količina	C e n a	IZNOS
VIII	Šavni materijal:			
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
IX	Anestetici:			
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
X	Sanitetski i plas. materijal za jednok. upotrebu			
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
XI	Infuzioni rastvori:			
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

ПОТВРДА О ЛЕЧЕЊУ

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ БЕОГРАД

ФИЛИЈАЛА _____

Потврђујем да сам био-ла на лечењу и рехабилитацију у Институту за лечење и рехабилитацију
"НИШКА БАЊА" у Нишкој Бањи у времену

од _____ до _____ године и искористио-ла _____ болесничких дана.

Корисник

_____ 20 _____ године

Нишка Бања



33

lekova i ostalog potrošnog medicinskog materijala br. _____

Odeljenje: _____

Datum: _____

Izdao

Prmio

ТРЕБОВАЊЕ Бр. _____

По коме ће се издати из магацина ове установе кухињи за исхрану _____ болесника
на дан _____ 20____ год. следеће животне намирнице:

Ред. број	НАЗИВ	Јед. мере	Количина		Партија	Ред. број	НАЗИВ	Јед. мере	Количина		Партија
			Требов.	Издата					Требов.	Издата	
	СКРОБНЕ НАМИРНИЦЕ						МЕСНЕ ПРЕРАЂЕ-ВИНЕ И ЈАЈА				
1.	Брашно					29.	Виршле				
2.	Теста						Салама				
3.	Хлеб						Јаја				
4.	Кромпир						МЛЕКО И МЛЕЧНИ ПРОИЗВОДИ				
5.	Пасуљ										
6.	Пиринач					30.					
	ПОВРЋЕ					31.					
	а)					32.	Сир бели				
7.	Ајвар					33.	Сир крем				
8.	Грашак					34.	Путер				
9.	Мешана салата						МЕД, ЏЕМ И ШЕЋЕР				
10.	Парадајз пире					35.					
	б)					36.					
11.	Боранија					37.					
12.	Ђувеч						УЉА И МАСТИ				
13.	Краставац					38.					
14.	Цвекла										
	в)										
15.	Карфиол						ЗАЧИНИ				
16.	Купус кисео					39.					
17.	Лук црни					40.					
18.	Паприка										
19.	Спанаћ										
20.	Шаргарепа										
	ВОЋЕ И КОМПОТИ										
21.	Воће										
22.	Компот										
	МЕСО, РИБА И ИЗНУТРИЦЕ										
23.	Месо младо јунеће										
24.	Месо јунеће										
25.	Месо свињско										
26.	Месо пилеће										
27.	Риба										
28.	Изнутрице										

Извод из горњих намирница сачињен је на основу дневног јеловника и према нормативима Института за лечење и рехабилитацију Нишка Бања.

Издао, _____ Оверава, _____ Саставио требовање и примио намирнице, _____