



HRVATSKI SAVEZ  
GLUHIH I NAGLUHIH



USTANOVA ZA HITNU MEDICINSKU  
POMOC - ZAGREB, Heinzelova 88

# POZIV

ZA INTERVENCIJU HITNE MEDICINSKE POMOCI

UPUTITI NA FAX BROJ: **63 02 899**

IME I PREZIME: \_\_\_\_\_

ADRESA: \_\_\_\_\_

GODINA ROĐENJA: \_\_\_\_\_

BROJ MOG FAXA: \_\_\_\_\_

**POTREBNA MI JE INTERVENCIJA HITNE MEDICINSKE POMOCI ZBOG:**  
(ZAKRUŽI BROJ)

1. BOLOVI U PRSNOM KOŠU ILI U PODRUČJU SRCA
  2. UBRZANI, USPORENI ILI NEPRAVILNI OTKUCAJI SRCA
  3. OTEŽANO DISANJE
  4. IZNENADNA NEPOKRETNOST RUKU ILI NOGU
  5. JAKA GLAVOBOLJA
  6. VRTOGLAVICA
  7. MUCNINA ILI POVRAĆANJE
  8. JAKI BOLOVI U TRBUHU
  9. POVRAĆANJE KRVI
  10. KRV U STOLICI
  11. PROLJEV
  12. KRVARENJE ZBOG OZLJEDA
  13. OPEKLINE
  14. PRIJELOM
  15. OTROVANJE
  16. TRUDNOCA ILI POROĐAJ
  17. KRVARENJE IZ NOSA
  18. UDAR ELEKTRICNE STRUJE
  19. DRUGE IZNENADNE ZDRAVSTVENE SMETNJE
  20. POTREBAN SANITETSKI PRIJEVOZ BEZ INTERVENCIJE LIJECNIKA
- BROJ ZDRAVSTVENE ISKAZNICE \_\_\_\_\_