LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJEM U DOM

PREZIME I IME _____

ADRESA STANOVANJA _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA _____

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU

1. Dijagnoza _____

_____

2. Pokretnost:

a) potpuna b) djelomična c) nepokretan d) pomagalo_____

3. DUŠEVNO OBOLJENJE a) postoji, koje _____ b) ne postoji

4. ZARAZNO OBOLJENJE a) postoji, koje_____ b) ne postoji

5.LIJEČEN/A OD ALKOHOLIZMA a) da b) ne

6.LIJEČEN/A OD TUBERKOLOZE a) da b) ne

7.LIJEČEN/A OD HEPATITISA a) da b) ne

8. PSIHIČKO STANJE: ORJENTIRANOST U PROSTORU I VREMENU

orjentiran djelomično orijentiran neorijentiran

9. KONTINENTNOST: kontinentan inkontinentan

10. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE

a) potrebna je: - kod osobne higijene b) nije potrebna

- kod oblačenja

- kod hranjenja

- kod kretanja

11. MEDICINSKA POMOĆ: a) nije potrebna b) potrebna je-navesti kakva:

_____

12. DIJETALNA PREHRANA a) nije potrebna b) potrebna je-navesti kakva:

_____

13. DOSADAŠNJA TERAPIJA _____

_____

14. IME I PREZIME,ADRESA I TELEFON ODABRANOG LIJEČNIKA

_____

Mjesto i datum: POTPIS LIJEČNIKA:

_____ _____