

## LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJAM 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. JE LI OSOBA LIJEČENA OD ALKOHOLA a) da b) ne

6. JE LI OSOBA LIJEČENA OD HEPATITISA a) da b) ne

7. JE LI OSOBA LIJEČENA OD TUBERKULOZE a) da b) ne

8. PSIHIČKO STANJE: ORIJENTIRANOST U PROSTORU I VREMENU

orijentiran djelomično orijentiran neorijentiran

9. KONTINENTNOST : kontinentan inkontinentan

10. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE :

a) nije potrebna

b) potrebna je: - kod osobne higijene

- kod oblačenja

- kod hranjenja

- kretanja

- kod uzimanja propisane terapije

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: