

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:

Suglasan/na sam da se navedeni podaci koriste isključivo u svrhu reguliranja prijema u dom.