

LIJEČNIČKA POTVRDA

IME I PREZIME _____

ADRESA STANOVANJA _____

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU:

1. DIJAGNOZA _____

2. POKRETNOST: a) potpuna b) djelomična c) nepokretan d) pomagalo

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

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:

a) orijentiran b) djelomično orijentiran c) neorijentiran

9. KONTINENTNOST: a) kontinentan b) inkontinentan

10. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE:

a) nije potrebna

b) potrebna je: - kod osobne higijene

- kod oblačenja

- kod hranjenja

- kretanja

- uzimanja propisane terapije

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

12. DIJETALNA PREHRANA : a) da- navesti kakva _____ b) ne

13. DOSADAŠNJA TERAPIJA _____

14. IME I PREZIME, ADRESA I TELEFON ODABRANOG LIJEČNIKA

Mjesto i datum:

Potpis liječnika:
