

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJAM U DOM

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 TUBERKOLOZE 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

- kod 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:
