

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJAM U DOM

IME I PREZIME: _____

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) ne postoji b) postoji, koje _____

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. ORIJENTIRANOST U PROSTORU:

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

- kod kretanja

- kod uzimanja propisane terapije

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

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

13.DOSADAŠNJA TERAPIJA: _____

14.IME I PREZIME, ADRESA I TELEFON ODABRANOG LIJEČNIKA:

Mjesti i datum:

Potpis liječnika:
