

LIJEČNIČKA POTVRDA

ZA SMJEŠTAJ U DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE
MEDIMAR PRIGORJE

1. PODACI O OSOBI ZA KOJU SE PREDLAŽE SMJEŠTAJ U DOM

Ime i prezime:	SPOL:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Ž
Bračno stanje:	Datum rođenja:		
Adresa prebivališta:			

2. PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU OSOBE

2.1 DIJAGNOZA			
2.2 DOSADAŠNJA MEDIKAMENTNA TERAPIJA			
2.3 ORIJENTIRANOST	<input type="checkbox"/> Potpuno orijentiran/a <input type="checkbox"/> Djelomično orijentiran/a <input type="checkbox"/> Neorijentiran/a		
2.4 POKRETLJIVOST	<input type="checkbox"/> Sasvim pokretan/na	<input type="checkbox"/> ograničeno pokretan/a (koristi pomagalo: štap, štake, hodalicu)	
	<input type="checkbox"/> Trajno ograničeno pokretan/na (u invalidskim kolicima)	<input type="checkbox"/> Trajno nepokretan/na	
2.5 KONTINENTNOST	<input type="checkbox"/> Kontinentna <input type="checkbox"/> Inkontinentna (navesti koja):		
	<input type="checkbox"/> Pomagala za inkontinenciju koje koristi:		
2.6 RANE	<input type="checkbox"/> DEKUBITUS (navesti gdje se nalaze):		
	<input type="checkbox"/> OSTALE RANE		
2.7 SPECIJALNE POTREBE	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Kanila	<input type="checkbox"/> Nazogastrična sonda
	<input type="checkbox"/> Pomagalo za respiratorni sustav:		<input type="checkbox"/> Pomagalo za urogenitalni sustav:
	<input type="checkbox"/> Ostalo:		
2.6 PSIHIČKE BOLESTI	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA (ako je odgovor DA molimo navesti podatke)	
	PODACI S DIJAGNOZAMA I HOSPITALIZACIJI ZBOG TEŽIH PSIHIČKIH BOLESTI TIJEKOM ŽIVOTA:		
2.7 PSIHIČKI STATUS I SAMOSTALNOST	<input type="checkbox"/> Sasvim samostalan/na	<input type="checkbox"/> povremene psihičke poteškoće	
	<input type="checkbox"/> trajne psihičke poteškoće	<input type="checkbox"/> ne može se odgovoriti	
2.8 DATUM ZADNJEG IZDAVANJA DOZNAKE ZA POMAGALA (te navesti koja)			
2.9 DIJETNA PREHRANA	<input type="checkbox"/> Nije potrebna	<input type="checkbox"/> Potrebna (molimo navesti koja):	
2.3 OVISNOSTI	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cigarete <input type="checkbox"/> Lijekovi/droge <input type="checkbox"/> ostalo:		
2.8 ZARAZNE BOLESTI	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA (molimo navesti koje):	
OSTALE NAPOMENE:			

3. PODACI O LIJEČNIKU OBITELJSKE (OPĆE) MEDICINE KOJI IZDAJE POTVRDU

Ime i prezime:	Adresa:		
Broj telefona (u ordinaciji):	Mjesto i datum:	Potpis liječnika:	