



**DOM ZA STARIJE OSOBE I NEMOĆNE OSOBE  
VARAŽDIN  
Varaždin, Zavojna 6**

**LIJEČNIČKA POTVRDA ZA SMJEŠTAJ U DOM**

**OSOBNİ PODACI:**

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Dan, mjesec i godina rođenja: \_\_\_\_\_

**PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU**

**DIJAGNOZE:** \_\_\_\_\_

**DOSADAŠNJA TERAPIJA:** \_\_\_\_\_

**OSOBA JE:**

a) potpuno pokretna      b) djelomično pokretna      c) nepokretna

- ako je odgovor „b“ i „c“ navesti koja pomagala koristi pri kretanju: \_\_\_\_\_

**PSIHIČKI STATUS:** Orijentiranost u prostoru i vremenu

a) orijentiran      b) djelomično orijentiran      c) dezorijentiran

**OSOBA BOLUJE OD DUŠEVNIH BOLESTI:**

a) da, kojih- bolnička liječenja –terapija \_\_\_\_\_

b) ne

**OSOBA BOLUJE OD ZARAZNIH BOLESTI:**

a) da, kojih- bolnička liječenja- terapija \_\_\_\_\_

b) ne

**OSOBA BOLUJE OD NEUROLOŠKIH BOLESTI**

a) da, kojih-bolnička liječenja- terapija \_\_\_\_\_

b) ne

**OSOBA JE LIJEČENA OD TUBERKULOZE:**

- a) da, kada \_\_\_\_\_ b) ne c) nepoznato

**OSOBA JE LIJEČENA OD HEPATITISA:**

- a) da, kada \_\_\_\_\_ b) ne c) nepoznato

**OVISNOSTI:**

1. da

- a) alkoholizam, liječenja, kada \_\_\_\_\_  
b) cigarete \_\_\_\_\_  
c) lijekovi-droga, liječenja, kada \_\_\_\_\_

2. ne

3. u apstinenciji \_\_\_\_\_

**MENTALNA RETARDACIJA** a) da b) ne

**OSOBA JE:**

- a) kontinentna  
b) inkontinentna (koja pomagala koristi) \_\_\_\_\_

**POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE:**

- a) potrebna je:                   - kod osobne higijene (umivanje, kupanje i sl)  
  - kod oblačenja  
  - kod hranjenja  
  - kod kretanja  
b) nije potrebna

**MEDICINSKA POMOĆ:**

- a) nije potrebna b) potrebna je (kakva) \_\_\_\_\_

**DIJETNA PREHRANA:**

- a) nije potrebna b) potrebna je (kakva) \_\_\_\_\_

**OSTALE NAPOMENE:** \_\_\_\_\_

**Molimo Vas da priložite preslike otpusnih pisma i preslike nalaza specijalista!**

**Mjesto i datum:**

\_\_\_\_\_

**Za točnost podataka odgovara:  
(potpis i faksimil liječnika)**