



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

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJEM U DNEVNI CENTAR

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:

c) da, kojih- bolnička liječenja- terapija _____

d) ne

OSOBA BOLUJE OD NEUROLOŠKIH BOLESTI

e) da, kojih-bolnička liječenja- terapija _____

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-droge, 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)**