



DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE
VARAŽDIN
Varaždin, Zavojna 6

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA SMJEŠTAJ U DOM

OSOBNI 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-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) b) nije potrebna

- kod oblačenja

- kod hranjenja

- kod kretanja

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)**
