

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJAM U DOM

PREZIME I IME

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) postoji, koje_____ b) ne postoji

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. PSIHIČKO STANJE: ORIJENTIRANOST U PROSTORU I VREMENU

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

- kretanja

- kod uzimanja propisane terapije

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

12. DIJETALNA PREHRANA a) nije potrebna b) potrebna je – navesti kakva:

13. DOSADAŠNJA TERAPIJA

14. IME I PREZIME, ADRESA I TELEFON ODABRANOG LIJEČNIKA

Mjesto i datum:

Potpis liječnika:
