

LIJEĆNIČKA POTVRDA ZA PRIJEM U DOM

IME I PREZIME _____

ADRESA STANOVANJA _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA _____

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU:

Dijagnoze: _____

-
1. Boluje li osoba od zaraznih bolesti? DA NE
 2. Boluje li osoba od duševnih bolesti? DA NE
 3. Je li osoba agresivna? DA NE
 4. Ovisnosti: a) alkohol b) cigarete c) lijekovi d) drugo
 5. Pokretljivost: a) potpuna b) djelomična c) nepokretan-a
 6. Kontinentnost: a) kontinentan/a b) inkontinentan/a
 7. Psihičko stanje – orijentiranost osobe u prostoru i vremenu:
a) orijentiran-a b) djelomično orijentiran-a c) neorijentiran-a
 8. Pomoć i njega druge osobe: a) nije potrebna b) potrebna je:
Ako da, kakva? 1) u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba (oblaženju, svlačenju, hranjenju); 2) u korištenju zdravstvene zaštite i nabavi osnovnih potrepština.
 9. Medicinska pomoć: a) nije potrebna b) potrebna je:
Kakva? _____
 10. Dijetna prehrana: a) nije potrebna b) potrebna je:
Kakva? _____
 11. Dosadašnja terapija: _____

 12. Razlog smještaja u dom i druge primjedbe: _____

Mjesto i datum:

POTPIS LIJEĆNIKA: