

ZDRAVSTVENA POTVRDNICA ZA PRIJEM U DOM

(ispunjava izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite)

IME I PREZIME: _____

OIB: _____

ADRESA I MJESTO PREBIVALIŠTA: _____

DATUM I GODINA ROĐENJA: _____

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU:

Dijagnoza:

Terapija:

Liječenje prehranom:

Orijentiranost: _____

Kontinencija: _____

Ovisnosti: _____

Pokretljivost:

- a) potpuno samostalan/a
- b) pokretljiv/a uz tuđu pomoć
- c) upotrebljava pomagalo _____
- d) nepokretan/a

Boluje od zaraznih bolesti: DA NE

Boluje od duševnih bolesti DA NE

Ako DA, kojih _____

Zdravstvena njega:

a) nije potrebna

b) potrebna je – kakva?

- | | | |
|------------------------------|----|----|
| - pomoć pri hranjenju | DA | NE |
| - pomoć pri oblačenju | DA | NE |
| - održavanje osobne higijene | DA | NE |
| - drugo _____ | | |

Eventualne napomene izabranog liječnika:

Mjesto i datum:

M.P.

Potpis liječnika:
