

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJAM U DOM

Liječnička potvrda za prijam nije valjana ukoliko nisu ispunjene sve rubrike

PREZIME I IME _____

OIB: _____

1. DIJAGNOZE: _____

2. TERAPIJA: _____

3. POKRETNOST: a) potpuna b) djelomična c) nepokretan

4. ORJENTIRANOST U PROSTORU I VREMENU:

a) orijentiran b) djelomično orijentiran c) neorijentiran

5. DUŠEVNO OBOLJENJE: a) postoji, koje _____ b) ne postoji

6. KONTINENTNOST : a) kontinentan b) inkontinentan

7. ZARAZNO OBOLJENJE: a) ne postoji b) postoji, koje _____

8. LIJEČEN/A OD ALKOHOLIZMA: a) da b)ne

9. LIJEČEN/A OD HEPATITISA: a) da b)ne

10. LIJEČEN/A OD TUBERKULOZE: a) da b)ne

11. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE :

a) potrebna je: - kod osobne higijene b) nije potrebna

- kod oblačenja

- kod hranjenja

- kretanja

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

13. DIJETALNA PREHRANA: a) nije potrebna b) potrebna je _____

14. IME I PREZIME, ADRESA I TELEFON ODABRANOG LIJEČNIKA

Mjesto i datum:

M.P.

Potpis liječnika:
