

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJEM U DOM

Liječnička potvrda za prijem nije valjana ukoliko nisu ispunjene sve rubrike

IME i PREZIME: _____

OIB: _____ MBO: _____

DIJAGNOZE: _____

TERAPIJA: _____

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

2. ORIJENTIRANOST U PROSTORU I VREMENU:

a) orijentiran b) djelomično orijentiran c) neorijentiran

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

4. ALZHEIMEROVA BOLEST I DRUGE DEMENCIJE:

a) postoji, koje _____ b) ne postoji

5. KONTINENTNOST: a) kontinentan b) inkontinentan

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

7. LIJEČEN/A OD ALKOHOlizMA: a) da b) ne

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

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

10. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE :

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

kod oblačenja

kod hranjenja

kretanja

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

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

13. IME I PREZIME, ADRESA I TELEFON ODABRANOG LIJEČNIKA

Mjesto i datum:

M.P.

Potpis liječnika:
