

DOM ZA STARIJE OSOBE PARK  
ZAGREB, Ivanićgradska 52  
telefon: 01/23-69-400  
fax: 01/23-20-820  
www.dom-park.hr  
E-mail: dom.park-ivanicgradska@dom-park.hr

\*\*\*\*\*

DOKUMENTACIJA  
ZA UTVRĐIVANJE PRAVA NA POMOĆ U KUĆI

- ORGANIZIRANJE PREHRANE

1. ZAHTJEV – u prilogu
2. PRESLIKA OSOBNE ISKAZNICE
3. PRESLIKA ZADNJE POTVRDE O MIROVINSKIM PRIMANJIMA
4. LIJEČNIČKA POTVRDA – u prilogu
5. PRESLIKU VAŽNIJE ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE ( POVIJEST BOLESTI, OTPUSNO PISMO I SL. )
6. RJEŠENJE O SKRBNIŠTVU (ako je osoba pod skrbništvom)

\*\*\*\*\*

Ur.broj \_\_\_\_\_

Zagreb, \_\_\_\_\_

ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE PRAVA NA POMOĆ U KUĆI

- organiziranje prehrane

1. IME I PREZIME(DJEVOJAČKO) \_\_\_\_\_
2. IME OCA I MAJKE \_\_\_\_\_
3. DATUM I MJESTO ROĐENJA: \_\_\_\_\_
4. BROJ OSOBNE ISKAZNICE \_\_\_\_\_ OIB \_\_\_\_\_
5. DRŽAVLJANSTVO \_\_\_\_\_
6. ADRESA PREBIVALIŠTA I GRADSKA ČETVRT: \_\_\_\_\_
7. TELEFON: \_\_\_\_\_ MOBITEL: \_\_\_\_\_  
E-MAIL ADRESA: \_\_\_\_\_
8. ŠKOLSKA SPREMA: \_\_\_\_\_ RANIJE ZANIMANJE: \_\_\_\_\_
9. POMOĆ I NJEGU TRAŽIM ZBOG :
  - a) Tjelesnog i mentalnog, intelektualnog ili osjetilnog oštećenja / trajnih promjena u zdravstvenom stanju / starosti
  - b) Privremenih promjena u zdravstvenom stanju
10. UGOVOR O DOŽIVOTNOM/DOSMRTNOM UZDRŽAVANJU:    DA    NE
11. VRSTA I IZNOS MIROVINE \_\_\_\_\_
12. VRSTA DOMAĆINSTVA: a) samačko kućanstvo  
b) dvočlano kućanstvo starijih osoba (65+)  
c) višečlano kućanstvo starijih osoba (65+)  
d) višegeneracijsko kućanstvo

BROJ ČLANOVA DOMAĆINSTVA \_\_\_\_\_

13. UVJETI STANOVANJA : a) dobri b) osrednji c) loši

14. BRAČNO STANJE (ime i prezime supružnika) \_\_\_\_\_

15. ODNOSI SA OBITELJI : a) dobri b) poremećeni

16. OSOBE ZA KONTAKT:

Ime i prezime \_\_\_\_\_ srodstvo \_\_\_\_\_

Adresa, gradska četvrt \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobitel \_\_\_\_\_

17. ZDRAVSTVENA USTANOVA I NADLEŽNI LIJEČNIK :

\_\_\_\_\_

18. ZDRAVSTVENO STANJE:

a) POKRETNOST: a) potpuna b) djelomična, pomagalo \_\_\_\_\_ c) nepokretan

b) OSJETILA : a) vid – dobar/loš b) sluh – dobar/ loš

c) DUŠEVNO OBOLJENJE: a) postoji, koje \_\_\_\_\_ b) ne postoji

d) TJELESNA INVALIDNOST: a) postoji b) ne postoji

e) ZARAZNO OBOLJENJE: a) postoji, koje \_\_\_\_\_ b) ne postoji

f) KRONIČNE BOLESTI : a) postoji b) ne postoji

g) OVISNOST O NIKOTINU: a) postoji b) ne postoji

h) OVISNOST O ALKOHOLU: a) postoji b) ne postoji

i) OVISNOST O PSIHOAKTIVNIM SUPSTANCAMA: a) postoji b) ne postoji

j) ORIJENTIRANOST U VREMENU I PROSTORU:

a) orijentiran b) djelomično orijentiran c) neorijentiran

19. VRSTA PREHRANE: a) normalna b) dijetalna (lagana) c) dijabetička

20. TKO VAM JE PRUŽAO POMOĆ DO SADA I NA KOJI NAČIN ?

\_\_\_\_\_

21. JESTE LI PREDALI ZAHTJEV ZA SMJEŠTAJ U DOM, GDJE I KADA?

\_\_\_\_\_

VLASTORUČNI POTPIS: \_\_\_\_\_

**OBRAZAC PRIVOLE ISPITANIKA**

**Dajem privolu**

**voditelju obrade Domu za starije osobe Park iz Zagreba, Ivanićgradska 52  
za obradu mojih osobnih podataka u sljedeće svrhe:**

- u svrhu korištenja Usluge pomoći u kući - organiziranje prehrane kod Voditelja obrade  
Od strane Voditelja obrade upoznat sam da u svakom trenutku imam pravo povući  
ovu privolu te da povlačenje privole ne utječe na zakonitost obrade na temelju privole  
prije njezina povlačenja.

U Zagrebu, \_\_\_\_\_ godine

**IME I PREZIME ISPITANIKA-KORISNIKA:** \_\_\_\_\_

**POTPIS ISPITANIKA-KORISNIKA:** \_\_\_\_\_

LIJEČNIČKA POTVRDA

Liječnička potvrda nije valjana ukoliko nisu ispunjene sve rubrike

IME I PREZIME: \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_

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

kod 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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_