

**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. ALZHEIMEROVA BOLEST I DRUGE DEMENCIJE**

a) postoji, koje \_\_\_\_\_ b) ne postoji

**7. KONTINENTNOST :** a) kontinentan b) inkontinentan

**8. ZARAZNO OBOLJENJE:** a) ne postoji b) postoji, koje \_\_\_\_\_

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

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

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

**12. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE :**

a) potrebna je:

- kod osobne higijene

b) nije potrebna

- kod oblačenja

- kod hranjenja

- kretanja

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

\_\_\_\_\_

**14. DIJETALNA PREHRANA:** a) nije potrebna b) potrebna je \_\_\_\_\_

**15. IME I PREZIME, ADRESA I TELEFON ODABRANOG LIJEČNIKA**

\_\_\_\_\_

**Mjesto i datum:**

**M.P.**

**Potpis liječnika:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_