

DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE
VELIKA
LUKE IBRIŠIMOVIĆA 7, 34 330 VELIKA
Tel/Fax: 034/233-085

LIJEČNIČKA POTVRDA

OSOBNİ PODACI:

1. Ime i prezime:

2. Datum i mjesto rođenja

3. Adresa stanovanja:

ZDRAVSTVENA ANAMNEZA:

4. Dijagnoze

5. Terapija u tijeku:

6. Boluje li od duševne ili zarazne bolesti ili bolesti ovisnosti (navedite koje):

Prema Vašoj procjeni osoba je:

7. PSIHIČKI STATUS: a) orijentiran b) djelomično orijentiran
c) dezorijentiran

8. POKRETLJIVOST: a) samostalan
b) djelomična – ovisan u višem stupnju (uz pomoć
štapa i /ili hodalice)
c) ovisan u visokom stupnju
d) potpuno ovisan

9. KONTINENCIJA: a) kontinentan b) inkontinentan

10. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE:

a) nije potrebna b) djelomično potrebna c) potrebna u cijelosti

11. DIJETALNA PREHRANA:

a) nije potrebna b) potrebna (kakva)

12. IME I PREZIME ODABRANOG LIJEČNIKA (BROJ TELEFONA):

U _____, datum _____.

Faksimil i potpis liječnika: