DOM ZA STARIJE OSOBE **BUZET**

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA SOCIJALNE USLUGE DOMA ZA STARIJE OSOBE BUZET

PREZIME I IME: _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA: _____ OIB: _____

ADRESA STANOVANJA: _____

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU:

1) DIJAGNOZE : _____

_____

_____

2) TERAPIJA KOJA SE KORISTI_____

_____

_____

3) BOLUJE LI OD ZARAZNIH BOLESTI: a) DA b) NE

4) BOLUJE LI OD PSIHIČKIH BOLESTI: a) DA b) NE

5) BOLESTI OVISNOSTI: a) DA b) NE

Ako DA, koje: a) alkohol b) cigarete c) lijekovi – droge (ostala sredstva)

6) POKRETNOST: a) potpuna b) djelomična c) nepokretan

Ortopedsko pomagalo:

_____

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

8) KONTINENCIJA: a) kontinentan
b) inkontinentan

9) POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE: a) nije potrebna
b) djelomično potrebna
c) potrebna u cijelosti

10) ALERGIJA NA LIJEKOVE I OSTALE ALERGENE: a) DA b) NE

Ako DA, koje: _____

11) DIJETNA PREHRANA: a) nije potrebna
b) potrebna, kakva:_____
c) kašasta prehrana

DODATNO ZA KORISNIKE USLUGE SMJEŠTAJA:

12) HRANJENJE: a) samostalno b) potrebna pomoć druge osobe

13) PREHRANA: a)dobra b)osrednja c)slaba d) ne jede

14) UNOS TEKUĆINE: a)dobar b)osrednji c)slab d)ne pije

15) RANE: a) DEKUBITUS: DA NE b) OSTALE RANE: DA NE

16) SPECIJALNE POTREBE: a) stoma
b) kanila
c) nazogastrična sonda
d) peritonealna dijaliza
f) pomagalo za respiratorni sustav
e) pomagalo za urogenitalni sustav
g) drugo _____

17) OPERATIVNI ZAHVATI TIJEKOM ŽIVOTA:_____

_____

18) Boravak u bolnici unutar prethodnih 12 mjeseci? DA NE

19) Premješta li se korisnik izravno iz druge zdravstvene ustanove u Dom? DA NE

Ime i prezime odabranog liječnika: _____

Broj telefona liječnika:_____

E-mail liječnika:_____

Potpis i faksimil liječnika:

Datum:_____ _____