
(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU

za uveljavljanje pravice do socialno varstvene storitve

Ime in priimek: _____

EMŠO: _____

Stalno bivališče: _____

Diagnoze: _____

Dosedanje terapije: _____

Gibanje: normalno delno oteženo nepomičen/na

Sluh: sliši naglušen/na gluh/a

Vid: vidi slaboviden/na slep/a

Govorna komunikacija: mogoča ni mogoča

Medicinsko – tehnični pripomočki: ne uporablja uporablja

Vrsta pripomočka, tudi ev. zdravljenje s kisikom: _____

Odvajanje: kontinenca inkontinenca za urin inkontinenca za blato

urinski kateter Vrsta: _____

Stanje kože (rane, razjeda zaradi pritiska,...): _____

Pomoč druge osebe: ni potrebna je potrebna
Prehranjevanje: per os hranjenje po NGS hranilna stoma
Dietna prehrana: ni potrebna je potrebna

Katera: _____

Psihično stanje: orientiran/a delno orientiran/a ni orientiran/a
Ali potrebuje nadzor? da ne

MRSA:

Ob premestitvi iz bolnišnice: ne da preiskava ni bila opravljena
Če biva doma: ne da preiskava ni bila opravljena

Druge posebnosti zdravstvenega stanja, ki so pomembne za izvajanje storitve:

Drugo: _____

Podpis odgovorne medicinske sestre:

Podpis osebnega zdravnika:

Kraj in datum:

Žig:

Soglašam s posredovanjem gornjih podatkov za potrebe uveljavljanja zdravstvenih in socialnovarstvenih storitev.

Podpis upravičenca / skrbnika / pooblaščenca osebe:
