

## LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJAM U DNEVNI BORAVAK

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

ADRESA STANOVANJA \_\_\_\_\_

DATUM I MJESTO ROĐENJA \_\_\_\_\_

OIB \_\_\_\_\_ JMBG \_\_\_\_\_

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU:

1. DIJAGNOZA \_\_\_\_\_

2. TERAPIJA \_\_\_\_\_

3. POKRETNOST a) potpuna b) djelomična c) nepokretan d) pomagalo \_\_\_\_\_

4. DEMENCIJA a) postoji, koja \_\_\_\_\_ b) ne postoji

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

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

7. JE LI OSOBA LIJEČENA OD ALKOHOLA a) da b) ne

8. JE LI OSOBA LIJEČENA OD HEPATITISA a) da b) ne

9. JE LI OSOBA LIJEČENA OD TUBERKULOZE a) da b) ne

10. PSIHIČKO STANJE: ORIJENTIRANOST U PROSTORU I VREMENU

a) orijentiran b) djelomično orijentiran c) neorijentiran

11. KONTINENTNOST : a) kontinentan b) inkontinentan

12. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE :

a) nije potrebna

b) potrebna je: - kod osobne higijene

- kod oblačenja

- kod hranjenja

- kretanja

- kod uzimanja propisane terapije

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

14. DIJETALNA PREHRANA a) nije potrebna b) potrebna je – navesti kakva:

15. IME I PREZIME, ADRESA I TELEFON ODABRANOG LIJEČNIKA

Mjesto i datum:

Potpis liječnika: