
(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

ZDRAVNIŠKO MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU
Za uveljavljanje pravice do socialno varstvene storitve

Ime in priimek _____

EMŠO _____

Stalno bivališče _____

Diagnoze	
Dosedanja Terapija	
Terapija ob odpustu	

Gibanje: normalno delno oteženo nepomičen

Sluh: sliši naglušen – na gluh – a

Vid: vidi slaboviden 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: _____

Stoma Vrsta: _____

Stanje kože (rane, preležanine,...): _____

Pomoč druge osebe: ni potrebna je potrebna

Prehranjevanje: per os hranjenje po NGS hranilna stoma

Dietna hrana: ni potrebna je potrebna

Katera: _____

Psihično stanje: orientiran delno orientiran ni orientiran

Ali potrebuje nadzor: da ne

MRSA:

Ob premestitvi iz bolnišnice da ne

Če biva doma da ne preiskava ni bila opravljena

Druge posebnosti zdravstvenega stanja (obvezno izpolniti pri psihiatričnih bolnikih):

Drugo:

Kraj in datum:

Žig:

Podpis osebnega zdravnika:
