

ZDRAVSTVENA POTVRDNICA ZA PRIJEM U DOM
(ISPUNJAVA LIJEČNIK OBITELJSKE MEDICINE)

IME I PREZIME : _____

DATUM I GODINA ROĐENJA : _____

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU :

Dijagnoza: _____

Terapija: _____

Liječenje prehranom: _____

Orjentiranost: _____

Kontinencija: _____

Ovisnosti: _____

Pokretljivost:

a) Poptupno samostalan/a

b) Pokretljiv/a uz tuđu pomoć

c) Upotrebljava pomagalo _____

d) Nepokretan/a

Boluje od zaraznih bolesti: **DA** **NE**

Boluje od duševnih bolesti: **DA** **NE**

Ako da kojih _____

Zdravstvena

| njega: | a) nije potrebna | b) potrebna je – kakva : |
|------------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| - pomoć pri hranjenju | DA | NE |
| - pomoć pri oblačenju | DA | NE |
| - održavanje osobne higijene | DA | NE |
| - drugo _____ | DA | NE |

Eventualne napomene izabranog liječnika: _____

Mjesto i datum:

M.P.

Potpis liječnika:
