

LIJEČNIČKA POTVRDA U PREDMETU PRIJEMA U DOM

IME I PREZIME: _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA: _____

ADRESA STANOVANJA: _____

1. DIJAGNOZE: _____

2. TERAPIJA : _____

3. BOLUJE LI OD DUŠEVNE ILI ZARAZNE BOLESTI, (ako da navesti koje):

4. KONTINENCIJA: a) KONTINENTAN b) INKONTINENTAN

5. POKRETLJIVOST: a) POTPUNA b) DJELOMIČNA, KORISTI POMAGALO, (ako da, navesti koje):

_____ c) NEPOKRETAN

6. PSIHIČKI STATUS: a) ORIJENTIRAN b) DJELOMIČNO c) NEORJENTIRAN

7. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE:

a) NIJE POTREBNA

b) POTREBNA U CJELOSTI

c) DJELOMIČNO POTREBNA, (navesti kakva) _____

8. DIJETALNA PREHRANA:

a) NIJE POTREBNA

b) POTREBNA, (navesti kakva) _____

9. IME I PREZIME ODABRANOG LIJEČNIKA I BROJ TEL.

U _____ datum _____

Faksimil i potpis liječnika: