

DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE

BELI MANASTIR, Bana Jelačića 108

Tel:031/700-097, Fax: 031/703-203

LIJEČNIČKA POTVRDA U PREDMETU PRIJEMA U DOM

IME I PREZIME: _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA: _____

ADRESA STANOVANJA: _____

MBO: _____

1. DIJAGNOZE: _____

2. TERAPIJA : _____

3. DA LI TRENUTNO BOLUJE ILI JE BOLOVAO/LA OD ZARAZNIH BOLESTI, (TBC, AIDS, hepatitis) :

4. KONTINENCIJA: a) KONTINENTAN b) INKONTINENTAN c) KORISTI PELENE

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

_____ d) NEPOKRETAN

6. DA LI BOLUJE OD PSIHIČKIH BOLESTI ILI DEMENCIJE, DIJAGNOZA _____

_____ STATUS: a) ORIJENTIRAN b) DJELOMIČNO c) NEORIJENTIRAN

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: