

(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU
za uveljavljanje pravice do socialno varstvene storitve

Ime in priimek: _____

EMŠO: _____

Stalno
prebivališče: _____

Diagnoze:

Dosedanja
terapija:

Gibanje :

normalno

delno oteženo

nepomičen - na

Sluh :

sliši

naglušen - na

gluha - a

Vid :

vidi

slaboviden - na

slepa - 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, razjeda zaradi pritiska, ...) : _____

Pomoč druge osebe: ni potrebna je potrebna

Prehranjevanje: per os hranjenje po NGS hranilna stoma

Dietna prehrana : ni potrebna je potrebna
Katera: _____

Psihično stanje : orientiran - a delno orientiran - a ni orientiran - na

Ali potrebuje nadzor: da ne

MRSA :

Ob premestitvi iz bolnišnice : ne da preiskava ni bila opravljena

Če biva doma: ne da preiskava ni bila opravljena

Druge posebnosti zdravstvenega stanja, ki so pomembne za izvajanje storitve:

Drugo:

Podpis odgovorne medicinske sestre:

Žig:

Podpis osebnega zdravnika:

Kraj in datum: _____

Soglašam s posredovanjem gornjih podatkov za potrebe uveljavljanja zdravstvenih in socialnovarstvenih storitev.

Upravičenec / skrbnik / pooblaščenec: