

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJAM U DOM

IME I PREZIME ODABRANOG LIJEČNIKA:

ADRESA I TELEFON ODABRANOG LIJEČNIKA:

IME I PREZIME	
DATUM I MJESTO ROĐENJA	
PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU :	
1. DIJAGNOZA	
2. DOSADAŠNJA TERAPIJA	
3. POKRETNOST	a) potpuna b) djelomična c) nepokretan
4. MENTALNA/DUŠEVNA BOLEST	a) postoji, koja _____ b) ne postoji
5. ZARAZNA BOLEST	a) postoji b) ne postoji
6. JE LI LIJEČEN OD ALKOHOLA	a) da b) ne
7. JE LI LIJEČEN OD HEPATITISA	a) da b) ne
8. JE LI LIJEČEN OD TUBERKULOZE	a) da b) ne
9. PSIHIČKO STANJE ORJENTIRANOST U PROSTORU I VREMENU	a) orijentiran b) djelomično orijentiran c) neorijentiran
10. KONTINENTNOST	a) kontinentan b) inkontinentan
11. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE :	a) nije potrebna b) potrebna je – navesti kakva:
12. MEDICINSKA POMOĆ:	a) nije potrebna b) potrebna je – navesti kakva:
13. DIJETALNA PREHRANA	a) nije potrebna b) potrebna je – navesti kakva:
14. RAZLOG SMJEŠTAJA U DOM	

U Dubrovniku, _____

Potpis i pečat liječnika: _____