

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJEM U DOM
(ispunjava izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite)

IME I PREZIME (ime oca) _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA _____

ADRESA STANOVANJA _____

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU OSOBE

DIJAGNOZA (i šifra) _____

DUŠEVNE BOLESTI

a) DA (koje) _____

b) NE

MENTALNA RETARDACIJA

a) DA (stupanj mentalne retardacije) _____

b) NE

NEUROLOŠKE BOLESTI

a) DA (koje) _____

b) NE

ZARAZNE BOLESTI

a) DA

b) NE

LIJEKOVI KOJE KORISTI

MEDICINSKA POMOĆ

1. Potrebna (kakva) _____

2. Nije potrebna

DIJETALNA PREHRANA

1. Potrebna (kakva) _____

2. Nije potrebna

PODACI O PSIHOFIZIČKOM STATUSU OSOBE

ORIJENTIRANOST

1. Orije tirana

2. Djelomično orije tirana

3. Neorije tirana

POKRETNOST

1. Pokretna

- samostalna

- uz štap

2. Polupokretna

- uz pomagalo

3. Nepokretna

KONTINENTNOST

1. Kontinentna

2. Inkontinentna

OVISNOST

1. Alkohol

2. Cigarete

3. Lijekovi

4. Ostalo

AGRESIVNOST

1. DA

2. NE

a) fizička

b) verbalna

POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE

1. Potrebna

2. Nije potrebna

a) oblačenje

b) hranjenje

c) održavanje osobne higijene

NAPOMENE _____

IZABRANI LIJEČNIK/TELEFON _____

DOM ZDRAVLJA _____

Mjesto i datum:

Potpis i pečat liječnika:
