

LIJEČNIČKA POTVRDA O ZDRAVSTVENOM STANJU

OSOBNI PODACI :

Ime i prezime _____

Adresa stanovanja _____

Datum i mjesto rođenja _____

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU :

1.) Dijagnoze _____

2.) Pokretnost:

a) potpuna b) djelomična c) nepokretan

3.) Psihičko stanje – orijentiranost u prostoru i vremenu

a) orijentiran b) djelomično orijentiran c) dezorijentiran

4.) Kontinentnost

a) kontinentan b) inkontinentan

5.) Pomoć i njega druge osobe pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti

a) potrebna

b) djelomično u pojedinim aktivnostima

c) potrebna kod obavljanja svih aktivnosti

6.) Medicinska pomoć

a) nije potrebna

b) potrebna je – navesti kakva (navesti i fizikalnu terapiju ukoliko je korisniku potrebna)

7.) Dijetalna prehrana

a) nije potrebna

b) potrebna je – navesti kakva _____

8.) Medikamentozna terapija u trenutku smještaja – navesti:

9.) Ostale napomene:

Mjesto i datum:

Potpis liječnika:
