
(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

MNENJE O ZDRAVSTAVENEM STANJU
za uveljavljanje pravice do socialno varstvene storitve

Ime in priimek: _____

EMŠO: _____

Stalno prebivališče: _____

Diagnoze:

Dosedanje terapije:	

Gibanje: normalno delno oteženo nepomičen/na

Sluh: sliši naglušen/na gluh/a

Vid: vidi slaboviden/na slep/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: _____

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-a

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.

Upravičence / skrbnik / pooblaščenec: _____