

(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

**ZDRAVNIŠKO 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 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: _____

Stoma Vrsta: _____

Stanje kože (rane, preležanine, ...) :

.....

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 premetitvi iz bolnišnice :

ne

da

Če biva doma:

ne

da

preiskava ni bila opravljena

IZVID KUŽNINE NA MRSA JE LAHKO STAR NAJVEČ 14 DNI IN JE OBVEZNA DOKUMENTACIJA OB SPREJEMU.

Po vašem mnenju sodi bolnik na naslednji oddelek:

Stanovanjski oddelek

Oddelek za nego

Varovani oddelek

Druge posebnosti zdravstvenega stanja (obvezno izpolniti pri psihiatričnih bolnikih):

.....

Drugo:

.....

Kraj in datum:

Žig:

Podpis osebnega zdravnika:

.....

.....