

(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

MNENJE O ZDRAVSTVENEM 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 gluha/a

Vid: vidi slaboviden/na slepa/a

Govorna komunikacija: mogoča ni mogoča

Medicinsko-tehnični pripomočki: ne uporablja ne uporablja

Vrsta pripomočka, tudi ev. zdravljenje s kisikom: _____

Odvajanje: kontinenca inkontinenca za urin inkontinenca za blato

Urinski kateter Vrsta: _____

Stoma 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.

Upravičenec/skrbnik/pooblaščenec _____