

Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta

MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU za uveljavljanje pravice do socialno varstvene storitve

Priimek in ime.....

EMŠO.....

Stalno prebivališče.....

Diagnoze:.....
.....
.....

Dosedanja terapija:
.....
.....

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 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