

(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

**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

gluhi - a

Vid :

vidi

slaboviden - na

slepi - 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 - na

Ali potrebuje nadzor: da ne

MRSA :

Ob premestitvi iz bolnišnice : ne da

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: