



ZDRAVSTVENA POTVRDNICA ZA PRIJEM U DOM

(ispunjava izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite)

IME I PREZIME: _____

ADRESA STANOVANJA: _____

DATUM I GODINA ROĐENJA: _____

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU:

Dijagnoza:

Terapija: _____

Liječenje prehranom:

Orijentiranost:

Kontinencija:

Ovisnosti: _____

Pokretljivost:

- a) potpuno samostalan/a
- b) pokretljiv/a uz tuđu pomoć
- c) upotrebljava pomagalo _____
- d) nepokretan/a

Obrazac 3

Boluje od zaraznih bolesti: DA NE

Boluje od duševnih bolesti DA NE

Ako da, kojih

Zdravstvena njega:

a) nije potrebna

b) potrebna je – kakva?

- pomoć pri hranjenju DA NE

- pomoć pri oblačenju DA NE

- održavanje osobne higijene DA NE

- drugo _____

Eventualne napomene izabranog liječnika: _____

Mjesto i datum:

M.P.

Potpis liječnika:
