



**Dom za starije i nemoćne osobe „Konavle“**

Gruda 152, 20215 Gruda

OIB: 95859693632

Tel: 020/441 900

Web: [www.domkonavle.hr](http://www.domkonavle.hr)

## **ZDRAVSTVENA POTVRDNICA ZA SMJEŠTAJ 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:

---

Pokretljivost:

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

|                                                        |    |    |
|--------------------------------------------------------|----|----|
| Invaliditet                                            | DA | NE |
| Ukoliko da navesti vrstu i stupanj težine invaliditeta |    |    |

|                             |    |    |
|-----------------------------|----|----|
| Boluje od zaraznih bolesti: | DA | NE |
| Ukoliko da, kojih           |    |    |

|                             |    |    |
|-----------------------------|----|----|
| Boluje od mentalnih bolesti | DA | NE |
| Ukoliko da, kojih           |    |    |

|                                     |    |    |
|-------------------------------------|----|----|
| Ovisnosti                           | DA | NE |
| Ukoliko da, navesti vrstu ovisnosti |    |    |

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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_