

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJEM U DOM

IME I PREZIME : _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA: _____

ADRESA STANOVANJA: _____

DIJAGNOZE: _____

TERAPIJA KOJA SE KORISTI: _____

POSTOJANJE ZARAZNE BOLESTI: _____

DIJAGNOSTICIRANA PSIHIČKA OBOLJENJA: _____

OVISNOSTI: ALKOHOL
CIGARETE
LIJEKOVI – DROGE

AGRESIVNOST: _____

KONTINENCIJA: a) KONTINENTAN
b) INKONTINENTAN

POKRETLJIVOST: a) POTPUNA
b) DJELOMIČNA
c) NEPOKRETAN

PSIHIČKI STATUS: a) ORIJENTIRAN
b) DIJELOM ORIJENTIRAN
c) DEZORIJENTIRAN

POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE: a) NIJE POTREBNA
b) POTREBNA U CIJELOSTI
c) DJELOMIČNO POTREBNA

DIJETALNA PREHRANA: a) NIJE POTREBNA
b) POTREBNA (KAKVA) _____

IME I PREZIME ODABRANOG LIJEČNIKA (adresa i broj tel.u ordinaciji)

U _____

FAKSIMIL I POTPIS LIJEČNIKA: _____