

# LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJEM U DOM

IME I PREZIME ODABRANOG LIJEČNIKA:

ADRESA I TELEFON ODABRANOG LIJEČNIKA:

IME I PREZIME	
DATUM I MJESTO ROĐENJA	
PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU :	
1. DIJAGNOZA	
2. DOSADAŠNJA TERAPIJA	
3. POKRETNOST	a) potpuna                      b) djelomična                      c) nepokretan
4. DUŠEVNO OBOLJENJE	a) postoji, koje _____                      b) ne postoji
5. ZARAZNO OBOLJENJE:	a) postoji                      b) ne postoji
6. DALI JE LIJEČEN OD ALKOHOLA	a) da                      b) ne
7. DA LI JE LIJEČEN OD HEPATITISA	a) da                      b) ne
8. DA LI JE LIJEČEN OD TUBERKULOZE	a) da                      b) ne
9. PSIHIČKO STANJE ORJENTIRANOST U PROSTORU I VREMENU	a) orijentiran                      b) djelomično orijentiran c) neorijentiran
10. KONTINENTNOST	a) kontinentan                      b) inkontinentan
11. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE :	a) nije potrebna                      b) potrebna je – navesti kakva:
12. MEDICINSKA POMOĆ:	a) nije potrebna                      b) potrebna je – navesti kakva:
13. DIJETALNA PREHRANA	a) nije potrebna                      b) potrebna je – navesti kakva:
14. RAZLOG SMJEŠTAJA U DOM	

U Zagrebu, \_\_\_\_\_

Potpis liječnika: \_\_\_\_\_