
(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-a

Sluh: sliši naglušen-a gluh-a

Vid: vidi slaboviden-a slep-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: _____

Staranje 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-a

Ali potrebuje nadzor: da ne

MRSA:

Ob premestitvi iz bolnišnice: ne da preiskava ni bila opravljena

Če biva doma: ne da preiskava ni bila opravljena

Druge posebnosti zdravstvenega stanja, ki so pomembne za izvajanje storitve:

Predlagam sprejem na:

varovani oddelek negovalni oddelek bivalni oddelek

**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: _____