

(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 - na

Sluh :

sliši

naglušen - na

gluha - a

Vid :

vidi

slaboviden - na

slepa - 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:

Stanje 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 - na

Ali potrebuje nadzor: da ne

MRSA :

Ob premestitvi iz bolnišnice : da ne

Če biva doma: da ne preiskava ni bila opravljena

Po vašem mnenju sodi vlagatelj na naslednji oddelek:

- Stanovanjski oddelek
- Oddelek za nego
- Oddelek s povečanim osebnim spremljanjem
- Varovani oddelek s stalnim nadzorom (zaprt oddelek)

Drugo:

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: