

_____ (Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU

Za uveljavljanje pravice do socialno varstvene storitve
Dolgotrajne rehabilitacije v Centru Naprej

Ime in priimek: _____

EMŠO: _____

Stalno bivališče: _____

Diagnoze:

--

Dosedanje terapije:

--

Gibanje: Normalno Delno oteženo Nepokreten/na

Sluh: Sliši Naglušen/na Gluh/a

Vid: Vidi Slaboviden/na Slep/a

Govorna komunikacija: Mogoča Ni mogoča

Medicinsko tehnični pripomočki: Uporablja Ne 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 Potrebna občasno 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: Ne Da

MRSA Op premetitvi iz bolnišnice: Ne Da

MRSA Če biva doma: Ne Da

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

Drugo: _____

Kraj in datum:

Žig:

Podpis osebnega zdravnika:

Soglašam s posredovanjem gornjih podatkov za potrebe uveljavljanja zdravstvenih in socialnih storitve v Centru Naprej.

Podpis upravičenca/skrbnika/pooblaščenca: _____