

ZDRAVSTVENA POTVRDNICA ZA PRIJEM U DOM

(Ispunjava izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite)

IME I PREZIME: _____ Datum rođenja: _____

ADRESA STANOVANJA: _____

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU (Prijepis iz zdravstvenog kartona) Dijagnoze:

DA LI JE LIJEČEN/BOLUJE OD TRAJNE DUŠEVNE BOLESTI:

a) DA (navesti): _____ b) NE

ako DA sukladno liječničkoj dokumentaciji, ugrožava li sebe ili drugoga a) DA b) NE

POTREBNA JE STALNA KONTROLA I NADZOR NAD UZIMANJEM LIJEKOVA:

a) DA b) NE

POTREBNA JE STALNA KONTROLA I NADZOR RADI POSTOJANJA MOGUĆNOSTI
INTENZIVIRANJA/PROGRESIJE BOLESTI: a) DA b) NE

DA LI JE LIJEČEN-A OD ALKOHOLIZMA a) DA b) NE

DA LI JE LIJEČEN-A OD TUBERKOLOZE a) DA b) NE

DA LI BOLUJE OD HEPATITISA a) DA b) NE

BOLUJE LI OD DRUGE ZARAZNE BOLESTI a) DA (koje) _____ b) NE

POKRETNOST: a) potpuna b) djelomična (pomagalo) c) nepokretan

PSIHIČKI STATUS - ORIJENTIRANOST U VREMENU I PROSTORU:

a) orijentiran b) djelomično orijentiran c) dezorijentiran

KONTINENTNOST: a) kontinentan b) inkontinentan c) djelomična inkontinencija (ulošci)

PREHRANA: a) obična b) dijabetička c) žučna

d) potreba za dodatnim obrocima (ako da, navesti razlog): _____

ZDRAVSTVENA NJEGA: a) nije potrebna

b) potrebna je (opisati kakva): _____

DOSADAŠNJA TERAPIJA: _____

Mjesto i datum: _____

FAKSIMIL I POTPIS LIJEČNIKA
