

Liječnička potvrda za prijem u Dom NOVINŠČAK

PODACI O LIJEČNIKU OBITELJSKE (OPĆE) MEDICINE KOJI IZDAJE POTVRDU

IME I PREZIME: _____

ADRESA ORDINACIJE: _____

TELEFON/GSM: _____

FAX: _____

E-MAIL: _____

PODACI O PACIJENTU

PREZIME I IME PACIJENTA: _____

ADRESA STANOVANJA: _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA: _____

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU PACIJENTA

1. DIJAGNOZA:

2. POKRETNOST:

- a) potpuna
- b) djelomična
- c) nepokretan
- d) pomagalo

Navesti kakvo pomagalo: _____

3. DUŠEVNO OBOLJENJE:

- a) postoji, koje: _____
- b) ne postoji

4. ZARAZNO OBOLJENJE:

- a) postoji, koje: _____
- b) ne postoji

5. JE LI OSOBA LIJEČENA OD ALKOHOLA:

- a) da
- b) ne

6. JE LI OSOBA LIJEČENA OD HEPATITISA:

- a) da
- b) ne

7. JE LI OSOBA LIJEČENA OD TUBERKOLOZE:

- a) da
- b) ne

8. PSIHIČKO STANJE (orjentiranost u prostoru i vremenu):

- a) orijentiran
- b) djelomično orijentiran
- c) neorijentiran

9. KONTINENTNOST:

- a) kontinantan
- b) inkontinantan

10. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE:

- a) nije potrebna
- b) potrebna je:
 - kod osobne higijene
 - kod oblačenja
 - kod hranjenja
 - kod kretanja
 - kod uzimanja propisane terapije

11. MEDICINSKA POMOĆ:

- a) nije potrebna
- b) potrebna je, navesti kakva: _____

12. DIJETALNA PREHRANA:

- a) nije potrebna
- b) potrebna je, navesti kakva: _____

13. DOSADAŠNJA TERAPIJA:

Mjesto i datum:

Potpis i pečat liječnika:
