

## 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:

\_\_\_\_\_