

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJAM U DOM

PODACI O LIJEČNIKU OBITELJSKE (OPĆE) MEDICINE KOJI IZDAJE POTVRDU

IME I PREZIME: _____

ADRESA ORDINACIJE: _____

TELEFON/GSM/FAX: _____

E-POŠTA: _____

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 _____ (koje 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 TUBERKULOZE: a) da b) ne

8. PSIHIČKO STANJE - ORIJENTIRANOST U PROSTORU I VREMENU:

a) orijentiran b) djelomično orijentiran c) neorijentiran

9. KONTINENTNOST : a) kontinentan b) inkontinentan

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:
