

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJEM U DOM

PREZIME I IME _____

ADRESA STANOVANJA _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA _____

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU

1. Dijagnoza _____

2. Pokretnost:

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

3. DUŠEVNO OBOLJENJE a) postoji, koje _____ b) ne postoji

4. ZARAZNO OBOLJENJE a) postoji, koje _____ b) ne postoji

5. LIJEČEN/A OD ALKOHOlizMA a) da b) ne

6. LIJEČEN/A OD TUBERKOLOZE a) da b) ne

7. LIJEČEN/A OD HEPATITISA a) da b) ne

8. PSIHIČKO STANJE: ORJENTIRANOST U PROSTORU I VREMENU

orijentiran djelomično orijentiran neorijentiran

9. KONTINENTNOST: kontinentan inkontinentan

10. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE

a) potrebna je: - kod osobne higijene b) nije potrebna

- kod oblačenja

- kod hranjenja

- kod kretanja

11. MEDICINSKA POMOĆ: a) nije potrebna b) potrebna je-navesti kakva:



SALVIA
SENIOR RESIDENCE

12. DIJETALNA PREHRANA a) nije potrebna b) potrebna je-navesti kakva:

13. DOSADAŠNJA TERAPIJA _____

14. IME I PREZIME,ADRESA I TELEFON ODABRANOG LIJEČNIKA

Mjesto i datum:

POTPIS LIJEČNIKA:

Dom za starije osobe - **Salvia**

A. Zidarska 42, HR - 51260 Crikvenica E. info@salvia-residence.com
MBS 040349308 OIB 60942650569 IBAN HR7523600001102489186

www.salvia-residence.com