

(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

**MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU**  
**za uveljavljanje pravice do socialno varstvene storitve**

**Ime in priimek:** \_\_\_\_\_

**EMŠO:** \_\_\_\_\_

**Stalno prebivališče:** \_\_\_\_\_

**Diagnoze:**

--

**Dosedanja  
Terapija:**

--

**Gibanje:**       normalno                       delno oteženo                       nepomičen-a

**Sluh:**               sliši                                       naglušen-a                               gluha-a

**Vid:**                 vidi                                       slaboviden-a                               slep-a

**Govorna komunikacija:**                       mogoča                                       ni mogoča

**Medicinsko tehnični pripomočki:**                       ne uporablja                                       uporablja

Vrsta pripomočka, tudi  
ev. zdravljenje s kisikom: \_\_\_\_\_

**Odvajanje:**       kontinenca       inkontinenca za urin       inkontinenca za blato

Urinski kateter      Vrsta \_\_\_\_\_

Stoma                      Vrsta: \_\_\_\_\_

Stanje kože (rane, razjeda zaradi pritiska,...): \_\_\_\_\_

Pomoč druge osebe:  ni potrebna  je potrebna

Prehranjevanje:  per os  hranjenje po NGS  hranilna stoma

Dietna prehrana:  ni potrebna  je potrebna

Katera: \_\_\_\_\_

Psihično stanje:  orientiran-a  delno orientiran-a  ni orientiran-a

Ali potrebuje nadzor:  da  ne

**MRSA:**

Ob premestitvi iz bolnišnice:  ne  da  preiskava ni bila opravljena

Če biva doma:  ne  da  preiskava ni bila opravljena

**Druge posebnosti zdravstvenega stanja, ki so pomembne za izvajanje storitev:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Drugo:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Podpis odgovorne medicinske  
sestre:

Podpis osebnega ali lečečega  
zdravnika:

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

**Soglašam s posredovanjem gornjih podatkov za potrebe uveljavljanja zdravstvenih in socialnovarstvenih storitev.**

Upravičenec /skrbnik/ pooblaščenec: \_\_\_\_\_