

(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 zdravnika:

Kraj in datum: _____

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

Upravičenec /skrbnik/ pooblaščenec: _____