

MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU
za uveljavljanje pravice do socialno varstvene storitve

Priimek in ime.....

EMŠO.....

Stalno prebivališče.....

Diagnoze:.....

.....

.....

Dosedanja terapija:

.....

.....

.....

Gibanje: ☐ normalno ☐ delno oteženo ☐ nepomičen/na

Sluh: ☐ sliši ☐ naglušen/na ☐ gluh/a

Vid: ☐ vidi ☐ slaboviden/na ☐ 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 storitve:

.....
.....
.....

Drugo:

.....
.....
.....
.....

Podpis odgovorne medicinske sestre

Žig:

Podpis osebnega zdravnika:

Kraj in datum:

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

Upravičenec/skrbnik/pooblaščenec _____