

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 _____