

# ZAHTJEV ZA POMOĆ U KUĆI

## Pomoć u kući

1. organiziranje prehrane
2. obavljanje kućnih poslova
3. održavanje osobne higijene
4. uređenje okućnice i drugi tehnički poslovi

IME I PREZIME (IME RODITELJA) \_\_\_\_\_

BR. OSOBNE ISKAZNICE \_\_\_\_\_ OIB \_\_\_\_\_

DATUM ROĐENJA \_\_\_\_\_

ADRESA STANOVANJA \_\_\_\_\_

TELEFON \_\_\_\_\_

ŠKOLSKA SPREMA \_\_\_\_\_ RANIJE ZANIMANJE \_\_\_\_\_

1. PRIHODI (UKUPAN IZNOS) \_\_\_\_\_

2. STAMBENI STATUS: a) vlasnik stana  
b) najmoprimac  
c) kod djece/rodbine  
d) drugo \_\_\_\_\_

UVJETI STANOVANJA: a) dobri b) osrednji c) loši

3. BRAČNO STANJE (ime i prezime supružnika) \_\_\_\_\_

4. BROJ ČLANOVA DOMAĆINSTVA \_\_\_\_\_

5. PRIHODI ČLANOVA DOMAĆINSTVA \_\_\_\_\_

6. ODNOSI SA OBITELJI: a) dobri b) poremećeni

7. ADRESE I BROJEVI TELEFONA NAJBLIŽIH ČLANOVA OBITELJI ILI DRUGE OSOBE ZA KONTAKT \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. ZDRAVSTVENA USTANOVA I NADLEŽNI LIJEČNIK \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. VRSTA PREHRANE: a) normalna  
b) žučna  
c) dijabetička

10. TKO VAM JE PRUŽAO POMOĆ DO SADA I NA KOJI NAČIN? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. IMATE LI POTPISAN UGOVOR O DOŽIVOTNOM UZDRŽAVANJU:

a) da \_\_\_\_\_ b) ne

12. IMATE LI UPUTNICU CENTRA ZA SOCIJALNU SKRB O ODOBRAVANJU  
DOPLATKA POMOĆI U KUĆI

a) da                      b) ne

13. JESTE LI PREDALI ZAMOLBU ZA SMJEŠTAJ U DOM, GDJE I KADA): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

UZ ZAHTJEV POTREBNO JE PRILOŽITI SLIJEDEĆI DOKUMENTACIJU:

- preslika osobne iskaznice
- preslika zadnjeg odreska od mirovine
- liječnička potvrda (obrazac u nastavku)
- preslika važnije zdravstvene dokumentacije

U Iloku, \_\_\_\_\_

VLASTORUČNI POTPIS

\_\_\_\_\_

**LIJEČNIČKA POTVRDA ZA USLUGE POMOĆI U KUĆI  
DOMA ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE ILOK**

IME I PREZIME \_\_\_\_\_

ADRESA STANOVANJA \_\_\_\_\_

DATUM I MJESTO ROĐENJA \_\_\_\_\_

**ZDRAVSTVENA ANAMNEZA**

**1. DIJAGNOZE** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. RANIJE BOLESTI** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

UKOLIKO POSJEDUJETE, OBAVEZNO PRILOŽITI ZADNJE NALAZE NE STARIJE OD 6 MJESECI OD: INTERNISTE, NEUROLOGA, PRIHIJATRA I DR.

**3. PSIHIČKO STANJE – ORIJENTIRANOST U VREMENU I PROSTORU**

a) orijentiran-a                      b) djelomično orijentiran-a                      c) dezorijentiran-a

**4. KONTROLA FIZIOLOŠKIH POTREBA**      a) kontinentan/na      b) inkontinentan/na

**5. POKRETLJIVOST**      a) sasvim pokretan/na      b) ograničeno pokretan/na (koristi štap, štake, hodalicu)      c) ograničeno pokretan (uz invalidska kolica)      d) nepokretan/na

**6. OSJETILA:**              a) vid: dobar/loš              b) sluh: dobar/loš

**6. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE**      a) nije potrebna      b) potrebna je:  
- kod umivanja  
- kod oblačenja  
- kod hranjenja

**7. DIJETALNA PREHRANA**      a) nije potrebna      b) potrebna je \_\_\_\_\_

**8. DOSADAŠNJA TERAPIJA** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9. BOLUJE OD:**              a) duševnih bolesti  
b) alkoholizma ili drugih ovisnosti  
c) zaraznih bolesti

**10. POSEBNO MIŠLJENJE LIJEČNIKA:**

\_\_\_\_\_

MJESTO I DATUM

LIJEČNIK

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_