LIJEČNIČKA POTVRDA ZA USLUGU POLUDNEVNOG BORAVKA DOMA ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE ILOK

IME I PREZIME: _____
ADRESA STANOVANJA: _____
DATUM I MJESTO ROĐENJA: _____

1. DIJAGNOZE:

_____

_____

_____

2. RANIJE BOLESTI:

_____

_____

_____

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/na (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 (kakva)

_____

8. DOSADAŠNJA TERAPIJA _____

_____

9. BOLUJE OD : a) duševne bolesti
b) alkoholizma ili druge ovisnosti
c) zaraznih bolesti

10.POSEBNO MIŠLJENJE LIJEČNIKA

_____

MJESTO I DATUM LIJEČNIK

_____ _____