

(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

**ZDRAVNIŠKO 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 - na

Sluh : sliši naglušen - na gluha - a

Vid : vidi slaboviden - na slepa - 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, preležanine, ...) :

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 - na

Ali potrebuje nadzor: da ne

MRSA :
Ob premestitvi iz bolnišnice : ne da

Če biva doma: ne da preiskava ni bila opravljena

Druge posebnosti zdravstvenega stanja (obvezno izpolniti pri psihiatričnih bolnikih):

Drugo:

Kraj in datum:

Žig:

Podpis osebnega zdravnika: