
(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

**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-a gluha

Vid: vidi slaboviden-a slepa

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:.....