

Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta

MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU**za uveljavljanje pravice do socialno varstvene storitve**

Priimek in ime.....

EMŠO.....

Stalno prebivališča.....

Diagnoze:.....

.....

.....

Dosedanja terapija:.....

.....

.....

Gibanje: normalno delno oteženo nepomičen/na**Sluh:** sliši naglušen/na gluha/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: