

## LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJEM U DOM

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

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

DATUM I MJESTO ROĐENJA \_\_\_\_\_

### PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU

#### 1. Dijagnoza

\_\_\_\_\_

#### 2. Pokretnost

a) potpuna      b) djelomična      c) nepokretan      d) pomagalo \_\_\_\_\_

#### 3. Duševno oboljenje

a) postoji, koje \_\_\_\_\_

b) ne postoji

#### 4. Zarazno oboljenje

a) postoji, koje \_\_\_\_\_

b) ne postoji

#### 5. Liječen/a od alkoholizma

a) da

b) ne

#### 6. Liječen/a od tuberkuloze

a) da

b) ne

#### 7. Liječen/a od hepatitisa

a) da

b) ne

#### 8.) Psihičko stanje: orijentiranost u vremenu i prostoru

orijentiran

djelomično neorijentiran

neorijentiran

#### 9. Kontinentnost

kontinentan

inkontinentan

#### 10. Dijetalna prehrana

a) nije potrebna

b) potrebna, kakva \_\_\_\_\_

#### 11. Alergije

a) ne postoje

b) postoje, koje \_\_\_\_\_

#### 12. Dosadašnja terapija

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 13. Ime, prezime, adresa i kontakt odabranog liječnika

\_\_\_\_\_

MJESTO I DATUM

POTPIS LIJEČNIKA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_