

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJAM U DOM

IME I PREZIME: _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA: _____

ADRESA STANOVANJA: _____

DIJAGNOZE: _____

TERAPIJA KOJA SE KORISTI:

POSTOJANJE ZARAZNE BOLESTI:

DIJAGNOSTICIRANA PSIHIČKA OBOLJENJA:

OVISNOSTI: 1) ALKOHOL
2) LIJEKOVI - DROGE
3) CIGARETE

AGRESIVNOST: _____

KONTINENCIJA: 1) KONTINENTAN
2) INKONTINENTAN

POKRETLJIVOST: 1) POTPUNA
2) DJELOMIČNA
3) NEPOKRETAN

PSIHIČKI STATUS: 1) ORIJENTIRAN
2) DIJELOM ORIJENTIRAN
3) DEZORIJENTIRAN

POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE: 1) NIJE POTREBNA
2) POTREBNA U CIJELOSTI
3) DJELOMIČNO POTREBNA

DIJETALNA PREHRANA: 1) NIJE POTREBNA
2) POTREBNA (OPISATI KOJA) _____

IME I PREZIME ODABRANOG LIJEČNIKA (adresa i broj telefona u ordinaciji)

U _____, _____ godine

FAKSIMIL I POTPIS LIJEČNIKA: _____