

ZDRAVNIŠKO SPRIČEVALO ZA SPREJEM V DOM UPOKOJENCEV KRANJ

Priimek in ime _____ Datum rojstva _____

EMŠO _____ Naslov stalnega bivališča _____

1. 1. DIAGNOZE:

.....
.....
.....

2. 2. **POKRETNOST:** popolna ____ delna ____ nepokreten-a ____

3. 3. **Ali je stalna inkontinenca** ____ za urin ____ za feces ____

4. 4. **Pomoč in postrežba druge osebe:** ni potrebna ____
je potrebna pri : umivanju ____ oblačenju ____ hranjenju ____

5. 5. PSIHIČNO STANJE:

orientiran-a ____ delno orientiran-a ____ neorientiran-a ____

6. **MEDICINSKA POMOČ:** ni potrebna ____

je potrebna (kakšna) :

.....
.....
.....

7. **DIETNA PREHRANA:** ni potrebna ____ je potrebna (kakšna):

.....
.....

8. DOSEDANJA TERAPIJA:

.....
.....
.....

9. Vzrok za sprejem v domsko oskrbo in druge pripombe:

.....
.....
.....

10. Ali že prejema dodatek za pomoč in postrežbo?

NE DA : delni DA: popolni

Kraj in datum:

Podpis zdravnika:
