



(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-a

Sluh: sliši naglušen-a gluh-a

Vid: vidi slaboviden-a 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: _____

Staranje 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:

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 _____