

(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/na

**Sluh:**                 sliši                     naglušen/na             gluh/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: \_\_\_\_\_

**Pshično 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 socilanovarstvenih storitev.**

Upavičenec / skrbnik / pooblaščenec: \_\_\_\_\_