

ZAVOD ŽUPNIJE TRNOVO - KARITAS
DOM JANEZA KRSTNIKA
Kolezijska 1, 1000 Ljubljana

(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:

Predlagam sprejem na:

varovani oddelek

negovalni oddelek

bivalni oddelek

**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: _____