

# LIJEČNIČKA SVJEDODŽBA ZA PRIJEM U DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE ĐAKOVO

IME I PREZIME: \_\_\_\_\_; GODINA ROĐENJA: \_\_\_\_\_

DIJAGNOZE: \_\_\_\_\_

DOSADAŠNJA TERAPIJA: \_\_\_\_\_

BOLNIČKO LIJEČENJE: a) ne b) da- gdje i kada: \_\_\_\_\_

DUŠEVNO OBOLJENJE: a) ne postoji  
b) postoji, koje: \_\_\_\_\_

POKRETLJIVOST: a) pokretan  
b) nepokretan  
c) djelomično pokretan: -uz tuđu pomoć  
-uz pomagalo, koje: \_\_\_\_\_

ZARAZNO OBOLJENJE: a) ne postoji  
b) postoji, koje: \_\_\_\_\_

LIJEČEN OD:

a) alkoholizma da ne

b) hepatitisa da ne

c) tuberkuloze da ne

PSIHIČKO STANJE- ORIJENTIRANOST U PROSTORU, VREMENU I PREMA  
DRUGIM OSOBAMA:

a) orijentiran

b) djelomično orijentiran: \_\_\_\_\_

c) dezorijentiran

**KONTINENTNOST:** a) kontinentan

b) djelomično inkontinentan: \_\_\_\_\_ -nosi pelene

-nosi uloške

c) inkontinentan

**POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE:**

a) nije potrebna

b) potrebna: 1) kod održavanja osobne higijene

2) kod oblačenja

3) kod hranjenja

4) kod uzimanja propisane terapije

**MEDICINSKA POMOĆ:**

a) nije potrebna

b) potrebna- navesti kakva: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DIJETALNA PREHRANA:**

a) nije potrebna

b) potrebna- navesti kakva: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RAZLOG SMJEŠTAJA U DOM I OPAŽANJA:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MJESTO I DATUM:**

**IME, PREZIME I POTPIS LIJEČNIKA**