
(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

MNENJE O ZDRAVSTAVENEM STANJU
za uveljavljanje pravice do socialno varstvene storitve

Ime in priimek: _____

EMŠO: _____

Stalno prebivališče: _____

Diagnoze:

**Dosedanje
terapije:**

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: _____

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:

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:

Drugo: _____

Podpis odgovorne medicinske sestre:

Žig:

Podpis osebnega zdravnika

Kraj in datum: _____

Soglašam s posredovanjem gornjih podatkov za potrebe uveljavljanja zdravstvenih in socialnovarstvenih storitev.

Upravičence / skrbnik / pooblaščenec: _____