



## **ZDRAVSTVENA POTVRDNICA ZA PRIJEM U DOM**

(Ispunjava izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite)

**IME I PREZIME:** \_\_\_\_\_

**ADRESA STANOVANJA:** \_\_\_\_\_

**DATUM I GODINA ROĐENJA:** \_\_\_\_\_

### **PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU**

**Dijagnoza:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Terapija:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dijetalna prehrana: a) nije potrebna b) potrebna je (navesti kakva):**

\_\_\_\_\_

**Psihičko stanje: (orijentiranost u prostoru i vremenu)**

a) orijentiran/a                      b) djelomično orijentiran/a                      c) dezorijentiran/a

**Kontinentnost:**

a) kontinentan/a                      b) inkontinentan/a

**Pokretljivost:**

- a) potpuno samostalan/a
- b) pokretljiv/a uz tuđu pomoć
- c) upotrebljava pomagalo: \_\_\_\_\_
- d) nepokretan/a



**CENTAR ZA PRUŽANJE USLUGA U ZAJEDNICI METKOVIĆ**

Ante Starčevića 25, 20 350 Metković, HRVATSKA

**Boluje od zaraznih bolesti:** **DA** **NE**

**Psihičko oboljenje:** **DA** **NE**  
ako da kojih: \_\_\_\_\_

**Liječen/a od ovisnosti:** a) da b) ne

**Liječen/a od hepatitisa:** a) da b) ne

**Liječen/a od tuberkuloze:** a) da b) ne

**Zdravstvena njega:** a) nije potrebna b) potrebna je-kakva:

-pomoć pri hranjenju: a) da b) ne

-pomoć pri oblačenju: a) da b) ne

-pomoć u održavanju osobne higijene: a) da b) ne

-drugo \_\_\_\_\_

**Zdravstvena zaštita na primarnoj razini osigurava se u dovoljnoj mjeri, opsegu i intenzitetu kod kuće** a) DA b) NE

**Eventualne napomene izabranog liječnika:**

---

---

---

---

Mjesto i datum:

---

M.P

Potpis liječnika:

---