

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 gluha - 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:

Psihično stanje : orientiran - a delno orientiran - a ni orientiran - na

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

IZVID KUŽNINE NA MRSA JE LAHKO STAR NAJVEČ 14 DNI IN JE OBVEZNA DOKUMENTACIJA OB SPREJEMU

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.

Upravičenec / skrbnik / pooblaščenec

.....