

Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta

## ZDRAVNIŠKO MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU

za uveljavljanje pravice do socialno varstvenih storitev

IME IN PRIIMEK :	
Stalno bivališče:	

DIAGNOZE:

DOSEDANJA TERAPIJA:

- |                                 |                                   |  |                                       |
|---------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------------------------|
| GIBANJE:                        | <input type="checkbox"/> normalno | <input type="checkbox"/> delno oteženo | <input type="checkbox"/> nepomičen(a) |
| SLUH:                           | <input type="checkbox"/> sliši    | <input type="checkbox"/> naglušen(a)   | <input type="checkbox"/> gluh(a)      |
| VID:                            | <input type="checkbox"/> vidi     | <input type="checkbox"/> slaboviden(a) | <input type="checkbox"/> slep(a)      |
| GOVORNA<br>KOMUNIKACIJA:        | <input type="checkbox"/> mogoča   | <input type="checkbox"/> ni mogoča     |                                       |
| MEDICINSKO TEHNIČNI PRIPOMOČKI: |                                   | <input type="checkbox"/> ne uporablja  | <input type="checkbox"/> uporablja    |

Vrsta pripomočka, tudi zdravljenje s kisikom:

ODVAJANJE:

kontinenca

inkontinenca za  
urin

inkontinenca  
za blato

STANJE KOŽE: (rane, preležanine)

PREHRANJEVANJE:

per os

hranjenje po NGS

hranilna stoma

DIETNA PREHRANA:

ni potrebna

je potrebna

Katera:

PSIHIČNO STANJE:

psihično urejen(a)

zmeden(a),  
neorientiran(a)

begav(a)

MRSA: Potrebno je priložiti izvid MRSA – dvojček (koža, nos), če je prisotna rana še izvid MRSA – rane!

ALI IMA PACIENT/KA UVELJAVLJEN DODATEK ZA POMOČ IN POSTREŽBO?

NE

DA

dodatek I (delni)

dodatek II (popolni)

V POSTOPKU – VLOGA NA ZPIZ

DRUGE POSEBNOSTI ZDRAVSTVENEGA STANJA:

Kraj in datum:

Podpis zdravnika:

Žig

