
(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

ZDRAVNIŠKO MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU
za namen najema oskrbovanega stanovanja Škofljica

Ime in priimek _____

EMŠO _____

Stalno bivališče _____

Diagnoze	
Dosedanja Terapija	

Gibanje: normalno delno oteženo nepomičen

Sluh: sliši naglušen – na gluha – a

Vid: vidi slaboviden slep – a

Govorna komunikacija: mogoča ni mogoča

Medicinsko tehnični pripomočki: ne uporablja uporablja

Vrsta pripomočka, tudi ev.

Zdravljenje s kisikom: _____

Pomoč druge osebe: ni potrebna občasno je potrebna
Prehranjevanje: per os hranjenje po NGS hranilna stoma
Dietna hrana: ni potrebna je potrebna

Katera: _____

Psihično stanje: orientiran delno orientiran ni orientiran

Ali potrebuje nadzor: da občasno ne

Druge posebnosti zdravstvenega stanja (obvezno izpolniti pri psihiatričnih bolnikih):

Drugo:

Kraj in datum:

Žig:

Podpis osebnega zdravnika:
