

---

(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

**ZDRAVNIŠKO MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU**  
**za namen najema oskrbovanega stanovanja**

**Ime in priimek** \_\_\_\_\_

**EMŠO** \_\_\_\_\_

**Stalno bivališče** \_\_\_\_\_

<b>Diagnoze</b>	
<b>Dosedanja Terapija</b>	

**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:

\_\_\_\_\_