
(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

ZDRAVNIŠKO MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU
za namen najema oskrbovanega stanovanja Lj. Brdo

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:
