

**ORDINACIJA LIJEČNIKA:** \_\_\_\_\_

## **LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJEM U DOM**

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Datum i mjesto rođenja: \_\_\_\_\_

Adresa stanovanja: \_\_\_\_\_

Dijagnoze: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Terapija koja se koristi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Postojanje zarazne bolesti: \_\_\_\_\_

Dijagnosticirana psihička oboljenja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ovisnost:

a)alkohol

b)cigarete

c)lijekovi-droge

Kontinencija:

a)kontinentan

b)inkontinentan

Pokretljivost:

a)potpuna

b)djelomična

c)nepokretan

Psihički status:

a)orijentiran

b)dijelom orijentiran

c)dezorijentiran

Pomoć i njega druge osobe:

a)nije potreban

b)potrebna u cijelosti

c)djelomično potrebna

Dijetna prehrana:

a) Nije potrebna

b) Potrebna (kakva): \_\_\_\_\_

Ime i prezime odabranog liječnika (adresa i broj telefona u ordinaciji): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

U Buzetu, \_\_\_\_\_

Faksimil i potpis liječnika:

\_\_\_\_\_