



LIJEČNIČKA POTVRDA

PREZIME I IME _____

ADRESA STANOVANJA _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA _____

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU:

DIJAGNOZA

1. DA LI BOLUJE OD DUŠEVNIH BOLESTI a) DA b) NE (zaokruži)

2. DA LI BOLUJE OD ZARAZNIH BOLESTI: a) DA b) NE (zaokruži)

3. BOLESTI OVISNOSTI: a) DA b) NE (zaokruži)

Ako DA, KOJE: a) alkohol b) cigarete c) lijekovi – droge

4. POKRETLJIVOST: a) potpuna b) djelomična c) nepokretan

5. PSIHIČKO STANJE - ORIJENTACIJA U PROSTORU I VREMENU:

a) orijentiran

b) djelomično orijentiran

c) neorijentiran

1. AGRESIVNOST: _____

2. ALERGIJA NA LIJEKOVE I OSTALE ALERGENE:

a) Ne

b) Da, koje _____





6. ZDRAVSTEVNO STANJE	7. STANJE SVIJESTI	8. ORIJENTIRANOST U PROSTORU I VREMENU	9. POTREBA ZA OPĆOM NJEGOM
<ul style="list-style-type: none">▪ Trajno nepokretan▪ Nepokretan▪ Trajno ograničeno nepokretan▪ Ograničeno pokretan▪ Sasvim pokretan	<ul style="list-style-type: none">▪ Odmah reagira▪ Apatičan/zbunjen▪ Bez reakcije na podražaj▪ U komi	<ul style="list-style-type: none">▪ Potpuna▪ Djelomična▪ Neorijentiran/a	<ul style="list-style-type: none">▪ Jednom ili više puta dnevno▪ Nekoliko puta tjedno▪ Jednom tjedno▪ Jednom mjesečno

7. INKONTINENCIJA		8. PREHRANA	9. UNOS TEKUĆINE
➤ Urin <ul style="list-style-type: none">▪ da▪ ne	➤ Stolica <ul style="list-style-type: none">▪ da▪ ne	<ul style="list-style-type: none">▪ Dobra▪ Osrednja▪ Slaba▪ Ne jede	<ul style="list-style-type: none">▪ Dobar▪ Osrednji▪ Slab▪ Ne pije

10. RANE		11. SPECIJALNE POTREBE: DA NE
➤ Dekubitus <ul style="list-style-type: none">▪ da▪ ne	➤ Druge rane <ul style="list-style-type: none">▪ da▪ ne	<ul style="list-style-type: none">▪ stoma▪ kanila▪ nazogastrična sonda▪ peritonealna dijaliza▪ pomagalo za respiratorni sustav▪ pomagalo za urogenitalni sustav▪ drugo _____





15. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE:

- a) nije potrebna
- b) potrebna u cijelosti
- c) djelomično potrebna (navesti):
 - kod umivanja
 - pranje cijelog tijela
 - pranje dijelova tijela
 - tuširanje
 - pranje kose
 - brijanje
 - uređivanje noktiju
 - higijena usne šupljine
 - kod oblačenja i svlačenja
 - kod hranjenja.

16. MEDICINSKA POMOĆ:

- a) nije potrebna
- b) potrebna: kakva? _____

17. DIJETALNA PREHRANA:

- a) nije potrebna
- b) potrebna: kakva? _____

18. DOSADAŠNJA TERAPIJA: _____





**Dom za starije
osobe Labin**

19. DRUGE PRIMJEDBE: _____

Ime i prezime odabranog liječnika _____

Broj telefona liječnika _____

E-mail liječnika _____

LIJEČNIK:

U _____ dana _____

