

---

( Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

**ZDRAVNIŠKO MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU**  
**Za uveljavljanje pravice do socialno varstvene storitve**

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

**EMŠO** \_\_\_\_\_

**Stalno bivališče** \_\_\_\_\_

<b>Diagnoze</b>	
<b>Dosedanja Terapija</b>	
<b>Terapija ob odpustu</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: \_\_\_\_\_

---

**Odvajanje:**       kontinenca       inkontinenca za urin       Inkontinenca za blato  
 Urinski kateter      Vrsta: \_\_\_\_\_

Stoma      Vrsta: \_\_\_\_\_

**Stanje kože (rane, preležanine,...):** \_\_\_\_\_

**Pomoč druge osebe:**       ni potrebna       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       ne

**MRSA:**

Ob premestitvi iz bolnišnice       da       ne  
Če biva doma       da       ne       preiskava ni bila opravljena

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Drugo:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kraj in datum:

Žig:

Podpis osebnega zdravnika:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_