

DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE VUKOVAR
ŠIBENSKA 14, VUKOVAR
TEL: 032/451-202

LIJEČNIČKA POTVRDA

1. _____
Ime i prezime Datum i mjesto rođenja

2. ADRESA STANOVANJA: _____

3. DIJAGNOZE: _____

4. BOLUJE LI OD DUŠEVNE ILI ZARAZNE BOLESTI I KOJE: _____

5. DALI JE LIJEČEN/A OD ALKOHOLIZMA, TUBERKOLOZE ILI HEPATITISA

6. TERPIJA: _____

7. KONTINENCIJA: a) kontinentan b) inkontinentan

8. POKRETLIVOST: a) potpuna b) djelomična c) nepokretan

9. PSIHIČKI STATUS: a) orijentiran b) djelomično orijentiran c) neorijentiran

10. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE: a) nije potrebna
b) potrebna u cijelosti
c) djelomično potrebna (kakva) _____

11. MEDICINSKA POMOĆ: a) nije potrebna
b) potrebna (kakva) _____

12. DIJETALNA PREHRANA: a) nije potrebna
b) potrebna (kakva) _____

13. IME I PREZIME ODABRANOG LIJEČNIKA (broj telefona): _____

U _____, datum _____

Faksimil i potpis liječnika: