
(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

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

Ime in priimek _____

EMŠO _____

Stalno bivališče _____

Diagnoze	
Dosedanja Terapija	
Terapija ob odpustu	

Gibanje: ☐ normalno ☐ delno oteženo ☐ nepomičen

Sluh: ☐ sliši ☐ naglušen – na ☐ gluh – 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: _____