

DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE

OSOBE ZADAR

Obala kneza Trpimira 21 Zadar

tel. 023/337-900 (centrala)

023/337 914, 023/337 929, 023/337-961, 023/337-916 (socijalne radnice)

POPIS DOKUMENTACIJE ZA SMJEŠTAJ U DOM

- 1. PRESLIKA DOMOVNICE**
- 2. PRESLIKA RODNOG LISTA**
- 3. MIŠLJENJE LIJEČNIKA O ZDRAVSTVENOM STANJU (formular u prilogu)**
- 4. ODREZAK OD MIROVINE**
- 5. PRESLIKA OSOBNE ISKAZNICE**
- 6. PRESLIKA ZDRAVSTVENE ISKAZNICE**
- 7. PRESLIKA POLICE DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

MIŠLJENJE LIJEČNIKA O ZDRAVSTVENOM STANJU

IME I PREZIME _____

ADRESA STANOVANJA _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA _____

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU

1. Dijagnoza: _____

2. Pokretnost: a) potpuna b) djelomična c) nepokretan

3. Psihičko stanje - orijentiran u prostoru i vremenu

a) orijentiran b) djelomično orijentiran c) neorijentiran

4. Kontinentnost: a) kontinentan b) inkontinentan

5. Psihičko oboljenje: a) ne b) da _____

6. Zarazno oboljenje: a) ne b) da _____

7. Pomoć i njega druge osobe:

a) nije potrebna b) potrebna je: - kod umivanja
- kod oblačenja
- kod hranjenja

8. Dijetalna prehrana: a) nije potrebna b) potrebna je _____

9. Dosadašnja terapija: _____

10. Razlog smještaja u Dom i druge primjedbe: _____

Mjesto i datum:

Potpis liječnika:
