_____
(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

MAVIDA GROUP

MAVIDA KRANJSKA GORA
Čičare 14, 4280 Kranjska Gora
+386 (0) 4 583 77 02
info.kranjska@mavidagroup.si
www.mavidagroup.eu

MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU
za uveljavljanje pravice do socialno varstvene storitve

Ime in priimek: _____

EMŠO: _____

Stalno prebivalisce: _____

Diagnoze: _____

Dosedanja terapija:

Gibanje: ☐ normalno ☐ delno otezeno ☐ nepomičen-na

Sluh: ☐ sliši ☐ naglušen-a ☐ gluh-a

Vid: ☐ vid: ☐ slaboviden-a ☐ slep-a

Govorna komunikacija: ☐ mogoča ☐ ni mogoča

Medicinsko-tehnicni pripomocki: ☐ ne uporablja ☐ uporablja
Vrsta pripomocka, tudi ev. zdravljenje s klslkom: _____

Odvajanje: ☐ kontinenca ☐ inkontinenca za urin ☐ inkontinenca za blato

☐ Urinski kateter: Vrsta: _____

☐ Stoma: Vrsta: _____

Stanje kože (rane, razjeda zaradi pritiska, ...): _____

_____

Pomoč druge osebe: ☐ ni potrebna ☐ je potrebna

Prehranjevanje: ☐ per os ☐ hranjenje po NGS ☐ hranilna stoma

Dietna prehrana: ☐ ni potrebna ☐ je potrebna

Katera: _____

Psihično stanje: ☐ orientiran-a ☐ delno orientiran- ☐ ni orientiran-

Ali potrebuje nadzor: ☐ da ☐ ne

MRSA:
Ob premestitvi iz bolnišnice: ☐ da ☐ ne ☐ preiskava ni bila opravljena

Če biva doma: ☐ da ☐ ne ☐ preiskava ni bila opravljena

Druge posebnosti zdravstvenega stanja, ki so pomembne za izvajanje storitve:

_____

_____

_____

_____

Drugo:

_____

_____

_____

_____

Podpis odgovorne medicinske sestre: _____ Žig: _____ Podpis osebnega zdravnika: _____

Kraj in datum: _____

Soglašam s posredovanjem gornjih podatkov za potrebe uveljavljanja zdravstvenih in socialnovarstvenih storitev.

Upravičenec/skrbnik/pooblaščenec: _____