

(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

## 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                               gluha

Vid:              vid:                                       slaboviden-a                               slep-a

Govorna komunikacija:                               mogoča                               ni mogoča

Medicinsko-tehnicni pripomocki:                       ne uporablja                               uporablja

Vrsta pripomocka, tudi ev.  
zdravljenje s kslskom: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_