MAVIDA GROUP

MAVIDA RIBNICA
Krošnjarska pot 2, 1310 Ribnica
+386 (0) 8 200 97 03
info.ribnica@mavidagroup.si
www.mavidagroup.eu

_____
(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	☐ 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: _____