

(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

MAVIDA ROGAŠKA SLATINA

Celjska cesta 11, 3250 Rogaška Slatina

+386 (0) 818 55 00

info.rogaska@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 oteženo ☐ nepomičen-na

Sluh: ☐ sliši ☐ naglušen-a ☐ gluh-a

Vid: ☐ vid: ☐ slaboviden-a ☐ slep-a

Govorna komunikacija: ☐ mogoča ☐ ni mogoča

Medicinsko-tehnicni pripomočki: ☐ ne uporablja ☐ uporablja

Vrsta pripomočka, 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: _____