

(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

## ZDRAVNIŠKO MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU

Za uveljavljanje pravice do socialno varstvene storitve

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

EMŠO: \_\_\_\_\_

Stalno  
Prebivališče: \_\_\_\_\_

Diagnoze: \_\_\_\_\_

Dosedanja terapija: \_\_\_\_\_

Terapija ob  
odpustu: \_\_\_\_\_

Nazadnje hospitaliziran (datum in kje): \_\_\_\_\_

Trenutno se nahaja (doma, v bolnišnici, zdravilišču, Domu za starejše,...): \_\_\_\_\_

Gibanje	Sluh	Vid	Govorna komunikacija
normalno	sliši	vidi	mogoča
delno oteženo	naglušen – na	slaboviden - a	ni mogoča
nepomičen - na	gluh - a	slep - a	

### Medicinsko – teh.pripomočki

(Vrsta pripomočka, tudi ev.zdravljenje s kisikom)

ne uporablja

uporablja

Katere: \_\_\_\_\_

### Odvajanje

kontinenca

inkontinenca za urin

inkontinenca za blato

urinski kateter

stoma

vrsta: \_\_\_\_\_

vrsta: \_\_\_\_\_

Stanje kože (RZP, ULCUS,): \_\_\_\_\_

Pomoč druge osebe		Prehranjevanje		Dietna prehrana		Psihično stanje	
ni potrebna		per os		ni potrebna		orientiran	
je potrebna		hranjenje po NGS		je potrebna		delno orientiran*	
		hranilna stoma		katera:		ni orientiran*	

\*V primeru delne orientiranosti / ne orientiranosti je bil opravljen KPSS kjer doseže \_\_\_/30 točk, ter TRU kjer doseže \_\_\_/4točk.

Ali potrebuje nadzor:

DA\*

NE

\*Zakaj potrebuje nadzor: \_\_\_\_\_

**Ali so na razpolago izvidi za večkratno odporne mikroorganizme\*:**

DA, dne \_\_\_\_\_

NE

Ali so rezultati izvidov pozitivni?

DA, dne \_\_\_\_\_

NE , dne \_\_\_\_\_

Katere vrste večkratno odpornih mikroorganizmov so prisotne? \_\_\_\_\_

Ali oseba potrebuje izolacijsko sobo?

DA

NE

**\*Izvid je obvezen, če je bila oseba v roku enega leta hospitalizirana v bolnišnici, zavodu za rehabilitacijo ali zdravilišču ali če gre za premestitev iz bolnišnice, zavoda za rehabilitacijo ali zdravilišča in drugega doma starejših občanov.**

**\*Izvid je obvezen tudi v primeru ran, ulkusov, razjed in operacijskih ran.**

**\*Izvid brisa Mrsa je lahko star največ 14 dni.**

**Druge posebnosti zdravstvenega stanja** (obvezno izpolniti pri psihiatričnih bolnikih):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Druge posebnosti pomembne za pripravo na bivanje v socialnovarstveni ustanovi:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Zdravniško mnenje o zdravstvenem stanju je veljavno 30 dni od izdaje.**

Kraj in datum:

Žig:

Podpis osebnega zdravnika:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_