

(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

**MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU  
za uveljavljanje pravice do socialno varstvene storitve**

**Ime in priimek:**

\_\_\_\_\_

**EMŠO:**

\_\_\_\_\_

**Stalno  
prebivališče:**

\_\_\_\_\_

**Diagnoze:**

--

**Dosedanja  
terapija:**

--

**Gibanje :**

normalno

delno oteženo

nepomičen - na

**Sluh :**

sliši

naglušen - na

gluhi - a

**Vid :**

vidi

slaboviden - na

slepi - a

**Govorna komunikacija :**

mogoča

ni mogoča

**Medicinsko – tehnični pripomočki:**

ne uporablja

uporablja

Vrsta pripomočka, tudi ev.  
zdravljenje s kisikom :

\_\_\_\_\_

**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 - a  ni orientiran - na

**Ali potrebuje nadzor:**  da  ne

**MRSA :**

Ob premestitvi iz bolnišnice :  ne  da

Če biva doma:  ne  da  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: .....