

DOM ZA STARIJE OSOBE GLINA

Glina, Trg hrvatskih branitelja 2

LIJEČNIČKA POTVRDA

PODACI O OSOBI KOJA PODNOSI ZAHTJEV ZA USLUGU PREHRANE:	
Ime i prezime	
Datum rođenja, OIB	
Adresa	
PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU	
Dijagnoza	
Medikamentozna terapija	
Osoba boluje od duševnih bolesti	a) DA ili b) NE Ako „DA“, navesti koje:
Psihičko stanje osobe	a) Orijentirana ili b) Neorijentirana
Zarazne bolesti	a) DA ili b) NE
Demencija	a) DA ili b) NE
Alkoholizam	a) DA ili b) NE
Dijetna ili druga posebna prehrana	a) DA ili b) NE Ako „DA“, navesti koja:
Potpis i pečat liječnika	