

**DOM ZA STARIJE OSOBE GLINA**

Glina, Trg hrvatskih branitelja 2

**LIJEČNIČKA POTVRDA**

PODACI O OSOBI ZA KOJU SE PREDLAŽE SMJEŠTAJ U DOM:	
Ime i prezime	
Datum rođenja	
Adresa	
PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU	
Dijagnoza	
Medikamentna 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
Osoba je:	a) Pokretna (funkcionalno neovisna) b) Teže pokretna (djelomično ovisna) c) Nepokretna (funkcionalno ovisna)
	a) Kontinenta ili b) Inkontinentna
Demencija	a) DA ili b) NE
Alkoholizam	a) DA ili b) NE
Pomoć i njega druge osobe potrebna je kod:	a) Održavanja higijene (umivanje, kupanje i sl.) b) Oblačenja c) Hranjenja d) Nije potrebna
Posebna medicinska pomoć	a) DA ili b) NE Ako „DA“, navesti koja:
Dijetna ili druga posebna prehrana	a) DA ili b) NE Ako „DA“, navesti koja:
Potpis i pečat liječnika	