
(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

ZDRAVNIŠKO MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU

Ime in priimek:.....

EMŠO.....

Stalno
prebivališče:.....

Diagnoze:

Dosedanja terapija:

Terapija ob odpustu:

Gibanje: popolna delna nepokretnost

Sluh: sliši naglušen gluh

Vid: vidi slaboviden-a slep

Govorna komunikacija: možna ni možna

Medicinsko – tehnični pripomočki: ne da

Vrsta pripomočka, tudi ev. Zdravljenje s
kisikom:.....
.....

Odvajanje: kontinenca inkontinenca za urin
 Urinski kateter Vrsta: _____
 Stoma Vrsta: _____

Stanje kože (rane, preležanine, ...).....

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-a

Ali potrebuje nadzor: da ne

MRSA:

Ob premestitvi iz bolnišnice: da ne

Če biva doma: da ne preiskava ni bila opravljena

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

Drugo: _____

Kraj in datum: _____

Žig:

Podpis osebnega zdravnika: _____