

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

Priimek in ime.....

EMŠO.....

Stalno prebivališče.....

Diagnoze:.....

.....

Dosedanja terapija: .....

.....

.....

**Gibanje:**  normalno  delno oteženo  nepomičen/na

**Sluh:**  sliši  naglušen/na  gluha/a

**Vid:**  vidi  slaboviden/na  slepa/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/a

**Ali potrebuje nadzor:**

da

ne

**MRSA:**

**Ob premestitvi iz bolnišnice**  ne

da

preiskava ni bila opravljena

**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.