*(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: Sluh:** | * normalno
* sliši
 | * delno oteženo
* naglušen/na
 | * nepomičen/na
* gluh/a
 |
| **Vid:** | * vidi
 | * slaboviden/na
 | slep/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.

Upravičenec / skrbnik / pooblaščenec: