

(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:  normalno  delno oteženo  nepomičen-na

Sluh:  sliši  naglušen-a  gluh-a

Vid:  vidi  slaboviden-a  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-  ni orientiran-

Ali potrebuje nadzor:  da  ne

MRSA:

Ob prestitvi 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:.....