

(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 - na

gluhi - a

Vid :

vidi

slaboviden - na

slepi - 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 - na

**Ali potrebuje nadzor:**  da  ne

**MRSA :**

Ob premestitvi iz bolnišnice :  ne  da

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: .....