

LIJEČNIČKA POTVRDA

Ime i prezime

Datum i mjesto rođenja

1. ADRESA STANOVANJA: _____

2. DIJAGNOZE: _____

3. BOLUJE LI OD DUŠEVNIH ILI ZARAZNIH BOLESTI I KOJE:

3. BOLUJE LI OD BOLESTI OVISNOSTI I KOJE:

4. TERAPIJA:

5. KONTINENCIJA: a) kontinentan b) inkontinentan

6. POKRETLJIVOST: a) potpuna b) djelomična c) nepokretan

7. PSIHIČKI STATUS: a) orijentiran b) djelomično orijentiran c) neorijentiran

8. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE: a) nije potrebna
b) djelomično potrebna
c) potrebna u cjelosti (kakva) _____

9. MEDICINSKA POMOĆ: a) nije potrebna
b) potrebna (kakva) _____

10. DIJETNA PREHRANA: a) nije potrebna
b) potrebna (kakva) _____

11. NAPOMENA: _____

12. IME I PREZIME ODABRANOG LIJEČNIKA I BROJ TELEFONA:

MJESTO, DATUM

FAKSIMIL I POTPIS