



Atilio Gamboc

Dom za starije i nemoćne osobe

Ime i prezime podnositelja

_____ Adresa
stanovanja, telefon

ZAHTJEV
za program „POMOĆ U KUĆI“

I Podaci o korisniku

Ime i prezime: _____, rođen-a dana _____

u _____, stalno nastanjen/a u _____

II Početak korištenja usluge „Pomoć u kući“ : odmah/ u skoroj budućnosti

III Tko će snositi troškove usluge _____

IV Ostale okolnosti od utjecaja na korištenje usluge programa „Pomoć u kući“

V Pomoć u kući može obuhvatiti slijedeće usluge:

- organiziranje prehrane (nabava i dostava gotovih obroka u kuću)
- obavljanje kućanskih poslova (nabava živežnih namirnica, pomoć u pripremanju obroka, pranje posuđa, pospremanje stana, donošenje vode, ogrijeva i slično, organiziranje pranja i glačanja rublja, nabavka lijekova i drugih potrepština i dr.
- održavanje osobne higijene (pomoć pri presvlačenju, kupanju i obavljanju drugih higijenskih potreba)
- zadovoljavanje drugih svakodnevnih potreba

U _____, dana _____

Potpis: _____



Atilio Gamboc
Dom za starije i nemoćne osobe

**LIJEČNIČKA SVJEDODŽBA ZA
KORIŠTENJE PROGRAMA „POMOĆ U KUĆI“**

OSOBNI PODACI:

a) ime, očevo ime i prezime: _____

b) dan, mjesec i godina rođenja: _____

c) adresa stanovanja:

d) mjesto stanovanja: _____

1) **DIJAGNOZE:** _____

2) **PSIHIČKA BOLEST**

DA

NE

**2A) PODACI S DIJAGNOZAMA O TEŠKIM PSIHIČKIM I ZARAZNIM BOLESTIMA
TIJEKOM ŽIVOTA:** _____

3) **OPERATIVNI ZAHVATI TIJEKOM ŽIVOTA:** _____

4) **TERAPIJA:** _____

5) ALERGIJA NA LIJEKOVE I OSTALE ALERGENE:

- Ne
- Da , koje:

6. Opće stanje:	7. Stanje svijesti:	8. Aktivnost
<input type="radio"/> Dobro <input type="radio"/> Srednje <input type="radio"/> Slabo <input type="radio"/> Vrlo slabo	<input type="radio"/> Odmah reagira <input type="radio"/> Apatičan/zbunjen <input type="radio"/> Bez reakcije na podražaj <input type="radio"/> U komi	<input type="radio"/> Pokretan <input type="radio"/> Hoda uz pomoć <input type="radio"/> U kolicima <input type="radio"/> U krevetu

9. Inkontinencija	10. Prehrana	11. Unos tekućine
<input type="radio"/> Urin <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="radio"/> Stolica <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="radio"/> Dobra <input type="radio"/> Osrednja <input type="radio"/> Slaba <input type="radio"/> Ne jede
		<input type="radio"/> Dobar <input type="radio"/> Osrednji <input type="radio"/> Slab <input type="radio"/> Ne pije

12. Rane	13. Specijalne potrebe:	da	ne
<input type="radio"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Druge rane <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="radio"/> Stoma <input type="radio"/> Kanila <input type="radio"/> Nazogastrična sonda <input type="radio"/> Peritonealna dijaliza <input type="radio"/> Pomagalo za respiratorni sustav <input type="radio"/> Pomagalo za urogenitalni sustav <input type="radio"/> Drugo	

14) POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE:

- a) nije potrebna
- b) potrebna u cijelosti
- c) djelomično potrebna: Pranje cijelog tijela

- Tuširanje
 - Pranje dijelova tijela
 - Umivanje
 - Pranje kose
 - Brijanje
 - Higijena uz angažman pacijenta
 - Uređivanje noktiju
 - Svlačenje
 - Oblačenje
 - Higijena usne šupljine Nešto drugo:
-

15) MEDICINSKA POMOĆ:

- a) nije potrebna
 b) potrebna (kakva) _____

16) DIJETNA PREHRANA:

- a) nije potrebna
 b) potrebna (kakva) _____

17) KATEGORIJA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA: _____

18) IME I PREZIME ODABRANOG LIJEČNIKA (BROJ TELEFONA):

Mjesto i datum: _____

Potpis liječnika: _____

LIJEČNIČKA POTVRDA

Kojom se potvrđuje da _____
ime i prezime osobe i ime oca

ne boluje od psihičkih i zaraznih bolesti, te se ne liječi od alkoholizma ili drugih oblika ovisnosti.

Mjesto i datum: _____

Potpis liječnika: _____



Atilio Gamboc
Dom za starije i nemoćne osobe

Sukladno Općoj uredbi o zaštiti osobnih podataka (N.N. 42/2018) primjenjivom od 25.05.2018. godine, i Pravilnika o obradi i zaštiti osobnih podataka usvojen na sjednici Upravnog vijeća dana 14.06.2018. godine, dajem PRIVOLU za korištenje osobnih podataka, prema navedenom

IDENTIFIKACIJSKI OBRAZAC KORISNIKA "Programa pomoć u kući"

IME I PREZIME	
DATUM I GODINA ROĐENJA	
OIB	
ADRESA	
BROJ OSOBNE ISKAZNICE Vrijedi do	
KONTAKT(mob;e-mail)	

Umag, _____.

Korisnik:

Obrazac popunio:
