



**Atilio Gamboc**

Dom za starije i nemoćne osobe

**LIJEČNIČKA SVJEDODŽBA ZA PRIJEM U  
DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE „ATILIO GAMBOC“ UMAG**

**OSOBNİ 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. Zdravstveno stanje:	7. Stanje svijesti:	8. Orijentiranost u vremenu i prostoru:	9. Potreba za općom njegom:
<input type="radio"/> trajno nepokretan <input type="radio"/> nepokretan <input type="radio"/> trajno ograničeno nepokretan <input type="radio"/> ograničeno pokretan <input type="radio"/> sasvim pokretan	<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"/> Potpuno <input type="radio"/> Djelomično <input type="radio"/> Neorijentiran/a	<input type="radio"/> Jednom i više puta dnevno <input type="radio"/> Nekoliko puta tjedno <input type="radio"/> Jednom tjedno <input type="radio"/> Jednom mjesečno

10. Inkontinencija	11. Prehrana	12. 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

13. Rane	14. Specijalne potrebe: DA NE
<input type="radio"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> 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

### 15) 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: \_\_\_\_\_

**16) MEDICINSKA POMOĆ:**

d) nije potrebna

e) potrebna (kakva) \_\_\_\_\_

**17) DIJETNA PREHRANA:**

f) nije potrebna

g) potrebna (kakva) \_\_\_\_\_

**18) KATEGORIJA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA:** \_\_\_\_\_

**19) 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: \_\_\_\_\_