

**DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE
OSOBE ŠANDROVAC
Bjelovarska bb, 43227 Šandrovac**

**Tel: 043/874-040, 091/436 8977 ravnatelj, 874-043 odjel pojačane njege,
E-mail: domzastarijesandrovac@gmail.com
www.dom-sandrovac.hr**

**LIJEČNIČKA SVJEDODŽBA ZA SMJEŠTAJ U DOM ZA STARIJE I
NEMOĆNE OSOBE „ŠANDROVAC“**

Osobni podaci

IME I PREZIME: _____

DATUM ROĐENJA: _____

ADRESA: _____

LIJEČNIK: _____ TELEFON: _____

Zdravstvena anamneza

SADAŠNJE I RANIJE
BOLESTI/DIJAGNOZE: _____

ZADNJA HOSPITALIZACIJA: _____

ZARAZNE BOLESTI: _____

STALNA TERAPIJA I DOZIRANJE: _____

ZADNJE KONTROLE KOD:

PSIHIJATRA: _____

INTERNISTE: _____

NEUROLOGA: _____

KIRURGA: _____

OSTALO: _____

Status

TT: _____ RR: _____

TV: _____ GUK: _____ BMI: _____

VID /NAOČALE/OPERACIJE: _____

SLUH/SLUŠNI APARAT: _____

ZUBNA PROTEZA: _____

ORTOPEDSKA POMAGALA: _____

PLUĆA: _____

SRCE: _____

PERIFERNA CIRKULACIJA: _____

KONTINENTNOST: _____

ALERGIJE: _____

APETIT: _____

ALKOHOL/KAVA/CIGARETE: _____

PSIHIČKO STANJE/ORIJENTIRANOST U VREMENU I PROSTORU

ZDRAVSTVENO STANJE:

- a) POKRETAN b) POKRETAN UZ POMAGALO c) NEPOKRETAN

MEDICINSKA POMOĆ I ZDRAVSTVENA NJEGA:

- a) POTREBNA JE :

- b) NIJE POTREBNA

DATUM: _____

POTPIS LIJEČNIKA: _____