Mihovljanska ulica 46C
40 000 Čakovec
OIB: 65327571832
Telefon: +385 40 386 500
E-mail: info@dom-aurora.com
www.dom-aurora.com

Liječnička potvrda za prijem u Dom za starije i nemoćne osobe AURORA

PODACI O LIJEČNIKU OBITELJSKE (OPĆE) MEDICINE KOJI IZDAJE POTVRDU

IME I PREZIME: _____

ADRESA ORDINACIJE: _____

TELEFON/GSM: _____

FAX: _____

E-MAIL: _____

PODACI O PACIJENTU

PREZIME I IME PACIJENTA: _____

ADRESA STANOVANJA: _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA: _____

MBO:_____

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU PACIJENTA

1. **DIJAGNOZA:**

   _____
   _____

2. **POKRETNOST:**
   a) potpuna
   b) djelomična
   c) nepokretan
   d) pomagalo

Navesti kakvo pomagalo: _____

3. **DUŠEVNO OBOLJENJE:**

   a) postoji, koje:
      _____
   b) ne postoji

4. **ZARAZNO OBOLJENJE:**
   a) postoji, koje:_____
   b) ne postoji

5. **JE LI OSOBA LIJEČENA OD ALKOHOLA:**
   a) da
   b) ne

DOM AURORA
Mihovljanska ulica 46C
40 000 Čakovec
OIB: 65327571832
Telefon: +385 40 386 500
E-mail: info@dom-aurora.com
www.dom-aurora.com

6. **JE LI OSOBA LIJEČENA OD HEPATITISA:**
   a) da
   b) ne

7. **JE LI OSOBA LIJEČENA OD TUBERKOLOZE:**
   a) da
   b) ne

8. **JE LI OSOBA PREBOLJELA BOLEST COVID-19:**
   a) da – datum pozitivnog nalaza testa: _____
   b) ne
   c) cijepljenje protiv COVID-19, datum: _____

9. **PSIHIČKO STANJE** (orjentiranost u prostoru i vremenu):
   a) orijentiran
   b) djelomično orijentiran
   c) neorijentiran

10. **KONTINENTNOST:**
    a) kontinentan
    b) inkontinentan – datum doznake/vrsta pomagala:_____

11. **POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE:**
    a) nije potrebna
    b) potrebna je:
       - kod osobne higijene
       - kod oblačenja
       - kod hranjenja
       - kod kretanja
       - kod uzimanja propisane terapije

12. **MEDICINSKA POMOĆ:**
    a) nije potrebna
    b) potrebna je, navesti kakva: _____

13. **DIJETALNA PREHRANA**:
    a) nije potrebna
    b) potrebna je, navesti kakva:_____

14. **ALERGIJA NA LIJEK:**
    a) ne
    b) da, navesti koji: _____

15. **DOSADAŠNJA TERAPIJA (ispis digitalne terapijske liste):**

_____
_____

Mjesto i datum: Potpis i pečat liječnika:

_____ _____