

\_\_\_\_\_  
(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

## ZDRAVNIŠKO MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU

Ime in priimek:.....

EMŠO.....

Stalno  
prebivališče:.....

Diagnoze:

Dosedanja terapija:

Terapija ob odpustu:

Gibanje:     popolna                       delna                       nepokretnost

Sluh:         sliši                               naglušen                       gluh

Vid:          vidi                               slaboviden-a                       slep

Govorna komunikacija:                       možna                       ni možna

Medicinsko – tehnični pripomočki:                       ne                       da

Vrsta pripomočka, tudi ev. Zdravljenje s  
kisikom:.....  
.....

Odvajanje:     kontinenca                       inkontinenca za urin

Urinski kateter Vrsta: \_\_\_\_\_

Stoma Vrsta: \_\_\_\_\_

Stanje kože (rane, preležanine, ...).....

---

Pomoč druge osebe:       ni potrebna       je potrebna

Prehranjevanje:     per os       hranjenje po NGS       hranilna stoma

Dietna prehrana:       ni potrebna       je potrebna

Katera: \_\_\_\_\_

Psihično stanje:     orientiran-a       delno orientiran-a     ni orientiran-a

Ali potrebuje nadzor:     da       ne

**MRSA:**

Ob premestitvi iz bolnišnice:     da       ne

Če biva doma:     da       ne       preiskava ni bila opravljena

**Druge posebnosti zdravstvenega stanja (obvezno izpolniti pri psihiatričnih bolnikih):**

---

---

---

---

---

**Drugo:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Kraj in datum:** \_\_\_\_\_

**Žig:**

**Podpis osebnega zdravnika:** \_\_\_\_\_