

**LIJEČNIČKA SVJEDODŽBA**  
**ZA PRIJEM U DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE**  
**"SVETI JOSIP"**  
**SESTARA SMI, VITEZ**

**OSOBNİ PODACI:**

a) ime, očevo ime i prezime: \_\_\_\_\_

b) dan, mjesec i godina rođenja: \_\_\_\_\_

c) adresa stanovanja: \_\_\_\_\_

d) mjesto stanovanja: \_\_\_\_\_

1) DIJAGNOZE:

---

---

---

---

2) PODACI S DIJAGNOZAMA O TEŠKIM PSIHIČKIM I ZARAZNIM BOLESTIMA TIJEKOM ŽIVOTA, UKLJUČUJUĆI TRENUTNO STANJE:

---

---

---

---

3) OPERATIVNI ZAHVATI TIJEKOM ŽIVOTA:

---

---

4) TERAPIJA:

---

---

5) ALERGIJA NA LIJEKOVE I OSTALE ALERGENE:

---

- 6) KONTINENCIJA:            a) kontinentna            b) inkontinentna
- 7) POKRETLJIVOST:        a) potpuna                b) djelomična            c) nepokretna
- 8) PSIHIČKI STATUS:        a) orijentirana            b) djelomično orij.      c) neorijentirana

9) POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE:

- a) nije potrebna  
b) potrebna u cijesti  
c) djelomično potrebna (kakva?) \_\_\_\_\_

10) MEDICINSKA POMOĆ:

- a) nije potrebna  
b) potrebna (kakva?) \_\_\_\_\_

11) DIJETNA PREHRANA:

- a) nije potrebna  
b) potrebna (kakva?) \_\_\_\_\_

12) KATEGORIJA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA:

\_\_\_\_\_

13) REGISTARSKI BROJ:

\_\_\_\_\_

14) ŠIFRA: \_\_\_\_\_

15) NAPOMENA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_

M.P.

potpis liječnika: