

---

(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

**MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU**  
**za uveljavljanje pravice do socialno varstvene storitve**

**Ime in priimek:**

\_\_\_\_\_

**EMŠO:**

\_\_\_\_\_

**Stalno**

**Prebivališče:**

\_\_\_\_\_

**Diagnoza:**

--

**Dosedanja  
terapija**

--

**Gibanje:**  normalno  delno oteženo  nepomičen-na

**Sluh:**  sliši  vidi  gluha

**Govorna komunikacija:**  mogoča  ni mogoča

**Medicinsko-tehnični pripomočki:**  ne uporablja  uporablja

Vrsta pripomočka, tudi ev.

zdravljenje s kisikom: \_\_\_\_\_

---

**Odvajanje:**  kontinenca  inkontinenca za urin  inkontinenca za blato

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

---

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

**Stanje kože** (rane, razjede zaradi pritiska, ...)

---

**Pomoč druge osebe:**  je potrebna  ni potrebna

**Prehranjevanje:**  per os  hranjenje po NGS  hranilna stoma

**Dietna prehrana:**  je potrebna  ni potrebna  
Katera:

---

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

**Ali potrebuje nadzor:**  da  ne

**MRSA:**

Ob premestitvi iz bolnišnice:  ne  da  preiskava ni bila opravljena

Če biva doma:  ne  da  preiskava ni bila opravljena

**Druge posebnosti zdravstvenega stanja, ki so pomembne za izvajanje storitve:**

---

---

---

---

---

**Drugo:**

---

---

---

---

---

---

Podpis odgovorne medicinske  
sestre:

Žig

Podpis osebnega zdravnika

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

\_\_\_\_\_