

LIJEČNIČKA POTVRDA

OSOBNI PODACI O OSOBI ZA KOJU SE IZDAJE POTVRDA:

Ime i prezime osobe:

Datum i mjesto rođenja:

Adresa stanovanja:

ZDRAVSTVENA ANAMNEZA:

Koje dijagnoze ima osoba za koju se izdaje potvrda?

Koju terapiju odnosno lijekove trenutno koristi osoba za koju se izdaje potvrda:

Boluje li od duševne ili zarazne bolesti ili bolesti ovisnosti (navedite koje):

Prema Vašoj procjeni osoba je:

- a) orijentirana b) djelomično orijentirana c) dezorijentirana

Kakva je pokretljivost osobe?

- a) samostalna
b) djelomična – ovisan u višem stupnju (uz pomoć štapa i /ili hodalice)

- c) ovisan u visokom stupnju
- d) potpuno ovisan

Da li je osoba:

- a) kontinentana
- b) inkontinentana

Da li joj je potrebna pomoć i njega druge osobe?

- a) nije potrebna
- b) djelomično potrebna
- c) potrebna u cijelosti

Da li joj je potrebna posebna prehrana?

- a) nije potrebna
- b) potrebna (navedite niže o kakvoj se prehrani radi)

PODACI O ODABRANOM LIJEČNIKU OBITELJSKE MEDICINE

Ime i prezime odabranog liječnika:

Kontakt telefon i mail adresa:

U _____ (mjesto), _____ (datum).

Pečat i potpis liječnika _____