



ZDRAVSTVENI LIST

Koprivnica, Ulica braće Radić 25, mob 091 123 4377, e-mail: dom.baka.ilona@gmail.com

Ime i prezime: _____

Dijagnoze: _____

Terapije: _____

Kontinencija: a) kontinentan/a
b) blaže inkontinentan/a
c) inkontinentan/a

Pokretljivost: a) potpuna
b) djelomična
c) nepokretan

Psihički status: a) orijentiran/a
b) djelomično orijentiran/a
c) dezorijentiran/a
d) ostala zapažanja _____

Pomoć i njega druge osobe: a) nije potrebna
b) potrebna u cijelosti
c) djelomično potrebna (kakva)

Medicinska pomoć: a) nije potrebna
b) potrebna (kakva)

Napomena: _____

Alergije na lijekove ili hranu: _____

Ime i prezime odabranog liječnika/ce: _____

Telefon: _____

Datum: _____

M.P.

Faksimil i potpis liječnika/ce