



LIJEČNIČKA POTVRDA

Popunjavanje nadležni liječnik opće medicine

PREZIME I IME _____

ADRESA STANOVANJA _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA _____

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU

1. Dijagnoza

2. **Pokretnost:** a) potpuna b) djelomična c) nepokretan d) pomagalo _____

3. **Duševno oboljenje:** a) ne postoji b) postoji, koje _____

4. **Zarazno oboljenje:** a) ne postoji b) postoji, koje _____

5. **Liječen/a od alkoholizma:** a) da b) ne

6. **Liječen/a od tuberkuloze:** a) da b) ne

7. **Liječen/a od hepatitisa:** a) da b) ne

8. **Orijentiranost u prostoru i vremenu:** a) Orijentiran b) djelomično orijentiran c) neorijentiran

9. **Kontinentnost:** a) kontinentan b) inkontinentan

10. Pomoć i njega druge osobe:

a) potrebna je: - kod osobne higijene b) nije potrebna

- kod oblačenja

- kod hranjenja

- kod kretanja

11. **Medicinska pomoć:** a) nije potrebna

b) potrebna je-navesti kakva:

12. **Dijetalna prehrana:** a) nije potrebna

b) potrebna je-navesti kakva:

13. Dosadašnja terapija:

14. Ime i prezime, adresa i telefon odabranog liječnika:

MJESTO I DATUM:

POTPIS LIJEČNIKA:
