



Šišanska cesta 2 | tel. 052/545-480
52 100 Pula | vila.maria@pu.t-com.hr
OIB: 71297971198 | www.dom-vilamaria.hr

LIJEČNIČKA POTVRDA

ZA PRIJEM U DOM ZA ODRASLE OSOBE VILA MARIA U PULI

IME I PREZIME	
DATUM I MJESTO ROĐENJA	
ADRESA STANOVANJA	

Psihijatrijske dijagnoze _____

Ostale dijagnoze _____

Lijekovi koje pacijent koristi _____

Je li pacijent liječen u psihijatrijskim ustanovama

a) NE b) DA U kojoj _____

Podaci o zaraznim bolestima (crijevne zarazne bolesti, TBC, stafilokokne infekcije i sl.)

Pokretljivost	<ul style="list-style-type: none"> - Pokretan/na - Pokretan/na uz ortopedsko pomagalo - Teže pokretan/na - Nepokretan/a
Hod po stepenicama	<ul style="list-style-type: none"> - Mogući - Teško mogući - Nemogući
Pomoć pri hranjenju i oblačenju	<ul style="list-style-type: none"> - Nepotrebna - Ponekad / djelomično potrebna - Potrebna
Orijentiranost u prostoru i vremenu	<ul style="list-style-type: none"> - Orijentiran/a - Djelomično orijentiran/a - Nije orijentiran/a
Kontinencija	<ul style="list-style-type: none"> - Kontinentan/a - Inkontinentan/a
Agresivnost	<ul style="list-style-type: none"> - Da. Kakva? - Ne
Dijetalna prehrana	<ul style="list-style-type: none"> - Nije potrebna - Potrebna - Kakva?
Upotreba alkohola	<ul style="list-style-type: none"> - Ne konzumira alkohol - Ponekad konzumira alkohol - Kronični alkoholizam
Ostale ovisnosti	<ul style="list-style-type: none"> - Cigarete - Lijekovi - Druga sredstva ovisnosti

Napomene

Izabrani liječnik obiteljske medicine _____

Mjesto i datum

Potpis i faksimil liječnika obiteljske medicine