



VARSTVENO DELOVNI CENTER SAŠA

Kidričeva cesta 19a, Velenje

Tel.: 0590 90 250

Fax: 0590 90 263

info@vdcasasa.si

www.vdcasasa.si

ZDRAVNIŠKO SPRIČEVALO ZA SPREJEM V INSTITUCIONALNO VARSTVO

Žig ali naslov zdravstvene ustanove:

I. OSEBNI PODATKI
IME IN PRIIMEK
NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA
DATUM ROJSTVA

II. ZDRAVSTVENO STANJE	
DIAGNOZE	
POKRETNOST	☐ popolna ☐ delna ☐ nepokreten-na
PSIHIČNO STANJE	☐ orientiran-a ☐ delno orientiran-a ☐ neorientiran-a
KONTINENCA	☐ kontinenca ☐ inkontinenca
POMOČ IN POSTREŽBA DRUGE OSEBE	☐ ni potrebna

	☐ je potrebna pri umivanju ☐ je potrebna pri oblačenju ☐ je potrebna pri hranjenju
ALI IMA ŽE UVEDEN DODATEK ZA POMOČ IN POSTREŽBO?	☐ ne ☐ da – popolni ☐ da – delni
MEDICINSKA POMOČ	☐ ni potrebna ☐ je potrebna
KAKŠNA MEDICINSKA POMOČ JE POTREBNA?	
DOSEDANJA TERAPIJA	
DIETNA PREHRANA	☐ ni potrebna ☐ je potrebna – kakšna?
VZROK ZA SPREJEM V DOMSKO OSKRBO IN DRUGE PRIPOMBE	
DATUM	

Podpis zdravnika:
