

**LIJEČNIČKA POTVRDA ZA SMJEŠTAJ**  
**U DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE KNIN**  
*(ispunjava i ovjerava izabrani liječnik obiteljske medicine)*

**1. PODACI O OSOBI ZA KOJU SE PREDLAŽE SMJEŠTAJ U DOM:**

Ime (ime oca) i prezime \_\_\_\_\_

Datum i mjesto rođenja, OIB \_\_\_\_\_

Adresa stanovanja \_\_\_\_\_

**2. PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU OSOBE:**

**2.1. DIJAGNOZE (i šifra):**

---

---

---

---

**2.2. DOSADAŠNJA MEDIKAMENTNA TERAPIJA, PREOSJETLJIVOST NA ODREĐENI MEDIKAMENT (cave pencilin ili sl.):**

---

---

---

**2.3. OSOBA JE BOLOVALA ILI BOLUJE OD DUŠEVNE BOLESTI:**

A) DA                            B) NE

*Ako je odgovor „DA“, navesti koje*

---

---

**2.4. OSOBA JE BOLOVALA ILI BOLUJE OD NEUROLOŠKE BOLESTI:**

A) DA                            B) NE

*Ako je odgovor „DA“, navesti koje*

---

---

## **2.5. PSIHIČKO STANJE OSOBE:**

### **Orjentiranost u prostoru i vremenu**

- A) Potpuno orjentirana      B) Djelomično orjentirana      C) Neorjentirana

### **Agresivnost**

- A) DA      B) NE

*Ako je odgovor pod „DA“, navesti je li fizička ili verbalna*

---

## **2.6. OSOBA BOLUJE ILI JE BOLOVALA OD ZARAZNE BOLESTI:**

- A) DA      B) NE

*Ako je odgovor „DA“, navesti koje (npr. TBC (kliconoša), Hepatitis B ili C (+antitijela, neke druge) i je li izlječena/na liječenju*

---

Liječio/la se od bolničke infekcije

- A) DA      B) NE

*Ako je odgovor „DA“, navesti koje i kada*

## **2.7. OSOBA JE:**

- A) Pokretna (funkcionalno neovisna)

- B) Teže pokretna (djelomično ovisna), uz pomagala, koja? \_\_\_\_\_

- C) Nepokretna: u potpunosti, moguće je kretanje isključivo uz pomoć kolica (funkcionalno ovisna)

*Podvući*

- D) Dementna funkcionalno ovisna zbog Alzheimerove demencije ili drugih demencija

Demencija:

- A) DA      B) NE

*Ako je odgovor „DA“, navesti koja i koji stadij: početni, srednje teški, uznapredovali*

---

Alzheimerova demencija:

- A) DA      B) NE

NAPOMENA: zaokružiti odgovarajuće! Moguća je i kombinacija nekoliko navedenih stanja!

**2.8. OSOBA JE:**

- A) Kontinentna      B) Inkontinentna

*Ako je odgovor pod „B“, navesti koja pomagala za inkontinenciju koristi*

---

**2.9. OSOBA JE LIJEČENA I OVISNA OD:**

- A) Alkoholizam      B) Nikotin      C) Lijekovi      D) Ostalo \_\_\_\_\_

**2.10. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE POTREBNA JE KOD:**

- A) Održavanja osobne higijene (umivanje, kupanje i sl.)    B) Oblačenja  
C) Hranjenja      D) Kretanja      F) Uzimanja terapije    G) Ostalog \_\_\_\_\_  
  
H) Nije potrebna

NAPOMENA: Zaokružiti

**2.11. POSEBNA MEDICINSKA POMOĆ JE POTREBNA:**

- A) DA      B) NE

*Ako je odgovor „DA“, navesti koja*

---

**2.12. OŠTEĆENJA:**

- A) vida      B) sluha      C) govora      D) \_\_\_\_\_

invalidnost \_\_\_\_\_, E) mentalno oštećenje\_\_\_\_\_

F) Alzheimer ili drugi oblik demencije \_\_\_\_\_ oštećenje:

1. pamćenja, 2. mišljenja, 3. orijentacije, 4. rasuđivanja, 5. govora, 6. nemogućnost izvođenja smislenih radnji, 7. nemir, 8. nesanica, 9. halucinacije, 10. lutanje,  
11. agresivnost, 12. drugo \_\_\_\_\_

**2.13. DIJETNA ILI DRUGA POSEBNA PREHRANA JE POTREBNA.**

- A) DA      B) NE

*Ako je odgovor „DA“, navesti kakva*

---

#### **2.14. LIJEKOVI KOJE KORISTI:**

---

---

**Potreba za posebnom kontrolom i nadzorom korisnika:**

- a) Potrebna mu je stalna kontrola i nadzor
- b) Povremeno mu je potrebna kontrola i nadzor
- c) Nije potrebna posebna kontola i nadzor.

Potrebne kontrole u narednu godinu dana \_\_\_\_\_

---

#### **3. RAZLOZI SMJEŠTAJA I OSTALE NAPOMENE:**

---

**Posljednja pisana potvrda za program inkontinencije ili potvrda za pomagala za diabetes i druge bitne napomene:**

---

---

---

#### **4. PODACI O IZABRANOM LIJEČNIKU OBITELJSKE (OPĆE) MEDICINE KOJI IZDAJE POTVRDU:**

Ime i prezime \_\_\_\_\_

Adresa ordinacije \_\_\_\_\_

Telefon/gsm/fax/ \_\_\_\_\_

E-pošta \_\_\_\_\_

Mjesto i datum \_\_\_\_\_

**POTPIS I PEČAT LIJEČNIKA**