

\_\_\_\_\_

(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

### ZDRAVNIŠKO MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU

na podlagi 4. tč. 12. člena Pravilnika o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva;  
Ur. l. RS, št 38/04, 23/06, 42/07)

Ime in priimek: \_\_\_\_\_, rojen-a: \_\_\_\_\_

Stalno prebivališče: \_\_\_\_\_

Diagnoze: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dosedanja terapija: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gibanje: \_\_\_\_\_

Sluh: \_\_\_\_\_

Vid: \_\_\_\_\_

Komunikacija: \_\_\_\_\_

Medicinsko-tehnični pripomočki (kateri): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Odvajanje: \_\_\_\_\_

Prehranjevanje (diete): \_\_\_\_\_

Alergije: \_\_\_\_\_

Psihično stanje (orientacija, nadzor...) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Druge posebnosti zdravstvenega stanja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ocena sposobnosti za vključitev v Varstveno delovni center POLŽ Maribor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kraj in datum:

\_\_\_\_\_

Žig:

Podpis osebnega zdravnika: