

---

(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

**ZDRAVNIŠKO MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU**  
**Za namen najema oskrbovanega stanovanja Koper, Oljčna pot 65A**

Ime in priimek \_\_\_\_\_

EMŠO \_\_\_\_\_

Stalno bivališče \_\_\_\_\_

<b>Diagnoze</b>	
<b>Dosedanja Terapija</b>	

**Gibanje:**                     normalno                     delno oteženo                     nepomičen  
**Sluh:**                         sliši                         naglušen – na                     gluha – a  
**Vid:**                          vidi                          slaboviden                     slep – a  
**Govorna komunikacija:**                     mogoča                     ni mogoča  
**Medicinsko tehnični pripomočki:**                     ne uporablja                     uporablja

Vrsta pripomočka, tudi ev.

Zdravljenje s kisikom: \_\_\_\_\_

---

**Pomoč druge osebe:**  ni potrebna  je potrebna  
**Prehranjevanje:**  per os  hranjenje po NGS  hranilna stoma  
**Dietna hrana:**  ni potrebna  je potrebna  
Katera: \_\_\_\_\_

**Psihično stanje:**  orientiran  delno orientiran  ni orientiran  
**Ali potrebuje nadzor:**  da  ne

**Druge posebnosti zdravstvenega stanja (obvezno izpolniti pri psihiatričnih bolnikih):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Drugo:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kraj in datum:

\_\_\_\_\_

Žig:

Podpis osebnega zdravnika:

\_\_\_\_\_