

DOM ZA STARIJE I NEMO NE

OSOBE ZADAR

Obala kneza Trpimira 21 Zadar

tel. 023/337-900 (centrala)

023/337 914, 023/337 929 (socijalna radnica)

POPIS DOKUMENTACIJE ZA SMJEŠTAJ U DOM

1. **PRESLIKA DOMOVNICE**
2. **PRESLIKA RODNOG LISTA**
3. **MIŠLJENJE LIJE NIKA O ZDRAVSTVENOM STANJU (formular u prilogu)**
4. **ODREZAK OD MIROVINE**
5. **PRESLIKA OSOBNE ISKAZNICE**
6. **PRESLIKA ZDRAVSTVENE ISKAZNICE**
7. **PRESLIKA POLICE DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

**ZAMOLBA
ZA SMJEŠTAJ U DOM ZA STARIJE I NEMO NE OSOBE ZADAR**

1. IME I PREZIME (i djevoja ko) _____

2. JMBG i broj osobne iskaznice _____

3. Mjesto ro enja _____

4. Adresa stanovanja _____

5. Broj telefona _____

6. Ime i prezime roditelja: otac _____

majka _____

7. Stru na sprema _____ ranije zanimanje _____

8. Bra no stanje _____

9. Stambeni status _____

10. Primanja _____

11. Zdravstveno stanje: pokretan, teško pokretan, nepokretan

12. Djeca (ukoliko imate navedite njihove adrese) _____

13. Kontakt osoba (adresa i telefon) _____

14. Razlozi smještaja _____

Datum i mjesto:

Zahtjev podnio:

MIŠLJENJE LIJE NIKA O ZDRAVSTVENOM STANJU

IME I PREZIME _____

ADRESA STANOVANJA _____

DATUM I MJESTO RO ENJA _____

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU

1. Dijagnoza: _____

2. Pokretnost: a) potpuna b) djelomi na c) nepokretan

3. Psihi ko stanje - orjentiran u prostoru i vremenu

a) orijentiran b) djelomi no orjentiran c) neorjentiran

4. Kontinentnost: a) kontinentan b) inkontinentan

5. Psihi ko oboljenje: a) ne b) da _____

6. Zarazno oboljenje: a) ne b) da _____

7. Pomo i njega druge osobe:

a) nije potrebita b) potrebita je: - kod umivanja
- kod obla enja
- kod hranjenja

8. Dijetalna prehrana: a) nije potrebita b) potrebita je _____

9. Dosadašnja terapija: _____

10. Razlog smještaja u Dom i druge primjedbe: _____

Mjesto i datum:

Potpis lije nika:
