



Varaždinska bb, Radovec, 42208 Cestica
tel. 042/250-200 fax. 042/250-202
dom@novi-zivot.com
MB: 02206056
ŽR: 2390001-1100344670

LIJEČNIČKA SVJEDODŽBA

OSOBNI PODACI:

Ime i prezime: _____

Dan, mjesec i godina rođenja: _____

ZDRAVSTVENA ANAMNEZA:

Ranije bolesti: _____

Bolnička liječenja (gdje, kada i koliko dugo):

Terapija u tijeku: _____

Alergije: _____

Prehrana (dijetalna, pasirana...): _____

Govor (bez teškoća, afazija, ostalo): _____

Spavanje (nesanica, hodanje u snu): _____

Potrebna pomagala (štake, hodalica, kolica...): _____

Ovisnost (cigarete, alkohol): _____

Molimo, priložite preslike Otpusnih pisma i preslike nalaza specijalista!

PREMA VAŠOJ PROCJENI OSOBA JE:

POKRETNNA:

Orijentirana u prostoru i vremenu:	DA	NE
Kontrolira fiziološke potrebe:	DA	NE
Samostalno održava osobnu higijenu:	DA	NE

POLUPOKRETNNA:

Orijentirana u prostoru i vremenu:	DA	NE
Kontrolira fiziološke potrebe:	DA	NE
Samostalno održava osobnu higijenu:	DA	NE

NEPOKRETNNA:

STATUS PRAESENS:

Konstitucija, tjelesna visina i težina: _____

Opće stanje: _____

Glava i vrat: _____

Osjetila: _____

Pluća: _____

Prsni koš: _____

Srce: _____

RR: _____

Bilo: _____

Periferna cirkulacija: _____

Arterijska: _____

Venska: _____

Urogenitalni sustav: _____

Lokomotorni sustav: _____

Kralježnica: _____

Okrajina: _____

Neurološki status: _____

Za točnost podataka odgovara:

U _____
(mjesto i datum)

(potpis i faksimil liječnika)