Varaždinska 4, Radovec, 42208 Cestica, HR
099/2454455; 099/8180726
dom@novi-zivot.com
socijalni.radnik@novi-zivot.com

Ustanova za starije i nemoćne osobe
Novi život

PODNOSITELJ ZAHTJEVA

Ime i prezime, OIB:_____

Adresa:_____

Telefon: _____e-mail:_____

ZAHTJEV ZA SMJEŠTAJ

KANDIDAT ZA SMJEŠTAJ

Ime i prezime, OIB/EMŠO:_____

Datum i mjesto rođenja: _____

Državljanstvo: _____

Navesti razloge smještaja:

_____

_____

U prilogu ove zamolbe dostavljamo slijedeću dokumentaciju:

1. Preslika osobne iskaznice podnositelja zahtijeva
2. Preslika osobne iskaznice kandidata
3. Domovnica (Potrdilo o državljanstvu)
4. Rodni list (Izpisek iz matičnega registra o rojstvu)
5. Preslike iskaznica zdravstvenog i dopunskog osiguranja (za strane državljane-iskaznica europskog zdravstvenog osiguranja)
6. Preslika važnije medicinske dokumentacije
7. Odrezak od mirovine ili izvod iz banke (Obvestilo Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje)
8. Rješenje o skrbništvu (ukoliko postoji)

_____ _____

(mjesto i datum) (potpis podnositelja zahtjeva)

Ustanova za starije i nemoćne osobe
Novi život

Varaždinska 4, Radovec, 42208 Cestica, HR
099/2454455; 099/8180726
dom@novi-zivot.com
socijalni.radnik@novi-zivot.com

DOKUMENTACIJA POTREBNA ZA SMJEŠTAJ

1. Preslika osobne iskaznice podnositelja zahtijeva
2. Preslika osobne iskaznice kandidata
3. Domovnica (Potrdilo o državljanstvu)
4. Rodni list (Izpisek iz matičnega registra o rojstvu)
5. Preslike iskaznica zdravstvenog i dopunskog osiguranja (za strane državljane-iskaznica europskog zdravstvenog osiguranja)
6. Preslika važnije medicinske dokumentacije
7. Odrezak od mirovine ili izvod iz banke (Obvestilo Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje)
8. Rješenje o skrbništvu (ukoliko postoji)

Ustanova za starije i nemoćne osobe
Novi život

Varaždinska 4, Radovec, 42208 Cestica, HR
099/2454455; 099/8180726
dom@novi-zivot.com
socijalni.radnik@novi-zivot.com

LIJEČNIČKA POTVRDA

OSOBNI PODACI:

Ime i prezime: _____

Datum rođenja: _____

ZDRAVSTVENA ANAMNEZA:

Ranije bolesti: _____

_____

Bolnička liječenja (gdje, kada i koliko dugo):

Terapija u tijeku:

Pomoć i njega druge osobe (zaokruži):

1. nije potrebna
2. potrebna je prilikom a) oblačenja
   b) hranjenja
   c) kretanja
   d) održavanja osobne higijene

Varaždinska 4, Radovec, 42208 Cestica, HR
099/2454455; 099/8180726
dom@novi-zivot.com
socijalni.radnik@novi-zivot.com

Alergije: _____

Prehrana (dijetalna, pasirana...): _____

Govor (bez teškoća, afazija, ostalo): _____

Spavanje (nesanica, hodanje u snu): _____

Ovisnost (cigareta, alkohol,...): _____

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: _____

Varaždinska 4, Radovec, 42208 Cestica, HR
099/2454455; 099/8180726
dom@novi-zivot.com
socijalni.radnik@novi-zivot.com

Ustanova za starije i nemoćne osobe
Novi život

Okrajina: _____

Neurološki status: _____

Prema Vašoj procijeni, osoba je:

a) pokretna

b) polupokretna uz pomagalo

c) nepokretna

Prema Vašoj procijeni osoba je:

a) orijentirana u vremenu i prostoru

b) djelomično orijentirana u vremenu i prostoru

c) nije orijentirana u vremenu i prostor

Za točnost podataka odgovara:

U _____
(mjesto i datum)

_____
(potpis i pečat liječnika)