

Dom za starije i nemoćne osobe
Kraljice Jelene 26
Slavonski Brod

ZDRAVSTVENA ANAMNEZA

OSOBNİ PODACI:

Ime i prezime: _____

Dan, mjesec i godina rođenja: _____

ZDRAVSTVENA ANAMNEZA:

Ranije bolesti: _____

Bolnička liječenja (gdje, kada i koliko dugo): _____

Terapija u tijeku: _____

Molimo priložite preslike Otpusnih pisama i preslike nalaza specijalista
(internist, neurolog, psihijatar, fizijatar - ne stariji od 6 mjeseci)

Prema Vašoj procjeni osoba je:

PSIHIČKO STANJE:

a) orijentirana b) djelomično orijentirana c) dezorijentirana

POKRETNOST:

a) potpuna b) djelomično uz pomagala c) nepokretna

KONTROLA FIZIOLOŠKIH POTREBA:

a) kontinantan b) inkontinantan

POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE:

a) potrebna je b) nije potrebna

DIJETALNA PREHRANA:

a) nije potrebna b) potrebna je _____

BOLUJE

OD

NE BOLUJE

a) zaraznih bolesti
b) duševnih bolesti
c) alkoholizam ili druge ovisnosti

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:
(potpis i faksimil liječnika)

Mjesto i datum: _____