

(Здравствена организација)

Број: _____
Дана, _____ године

ИЗВЈЕШТАЈ

са налазом и мишљењем здравствене организације
о потреби за помоћ и његу другог лица

1. ЛИЧНИ ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЈЕВА

Презиме, очево име и име _____

Дан, мјесец и година рођења _____

Број личне карте _____

Адреса становања _____

Својство у осиругању _____ (осигураник, корисник пензије)

2. ПОДАЦИ О ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ:

- Да ли је непокретан? ДА – НЕ
- Да ли се креће самостално? ДА – НЕ
- Да ли се креће само уз помоћ ортопедског помагала? ДА – НЕ
- Да ли се сам облачи и свлачи? ДА – НЕ
- Да ли се сам храни? ДА – НЕ
- Да ли му је за обављање физиолошких потреба потребна помоћ другог лица? ДА – НЕ
- Да ли му је за одржавање личне хигијене потребна помоћ другог лица? ДА – НЕ
- Да ли је слијеп? ДА – НЕ (уколико је слијеп обавезно приложити налаз специјалисте за очне болести са корекцијом вида)
- Психичко стање

3. ДИЈАГНОЗА:

4. НАПОМЕНА:

М.П.

Потпис љекара