

DOM ZA ODRASLE OSOBE NUŠTAR
V. LISINSKOG 1A, 32221 NUŠTAR
Tel. 032/387-045, fax. 032/387-043

e-mail: dom-nustar@dom-nustar.hr

Popis potrebne dokumentacije koja se prilažu uz zahtjev za smještaj:

1. rodni list,
2. preslika osobne iskaznice,
3. preslika zdravstvene iskaznice i iskaznice dopunskog osiguranja (važeće),
4. potvrda od liječnika obiteljske medicine da osoba ne boluje od zaraznih bolesti, (ne stariju od mjesec dana),
5. medicinska dokumentacija iz koje je vidljivo od kojih bolesti osoba boluje uključujući i psihijatrijski nalaz (zadnje otpusno pismo),
6. potvrda o visini prihoda (umirovljenici zadnji odrezak od primljene mirovine),
7. ako je osobi oduzeta poslovna sposobnost, rješenje o skrbništvu.

(ime i prezime)

(adresa)

Nuštar, _____

(datum)

**DOM ZA ODRASLE OSOBE NUŠTAR
V. LISINSKOG 1A, 32221 NUŠTAR
KOMISIJA ZA PRIJAM I OTPUST KORISNIKA**

PREDMET: Zahtjev za smještaj u dom

1. PREZIME (djevojačko prezime) I IME
PODNOŠITELJA ZAHTEVA:

2. IME OCA, IME MAJKE (i djevojačko prezime):

3. DATUM i MJESTO ROĐENJA / OPĆINA :

4. ADRESA / TEL. BR.

5. OIB / JMBG:

6. BR. OSOBNE ISKAZNICE:

7. DRŽAVLJANSTVO / NARODNOST :

8. BRAČNI STATUS:

9. BROJ DJECE:

10. ČLANOVI KUĆANSTVA:

11. PODNOŠITELJ ZAHTEVA IMA SKRBNIKA ILI ZAKONSKOG ZASTUPNIKA:

DA - NE

Ako ima, navesti ime i prezime, prebivalište, eventualno srodstvo:

12. ODNOSI U OBITELJI : - dobri - prisutni konflikti

13. STAMBENI STATUS:

14. IMOVINA – POKRETNOST:

15. IMOVINA – NEPOKRETNOST (adresa):

16. ŠKOLSKA SPREMA / RANIJE ZANIMANJE :

17. VRSTA MIROVINE I IZNOS:

18. IME I PREZIME, ADRESA I BROJ TELEFONA NAJBЛИŽIH ČLANOVA OBITELJI :
e-mail adresa:

19. PODACI O OSOBI KOJA ĆE BITI POTPISNIK IZJAVE O PLAĆANJU RAZLIKE DO PUNE
CIJENE USLUGE SMJEŠTAJA U DOM

20. ZDRAVSTVENO STANJE - STANJE POKRETNOSTI U TRENUTKU PODNOŠENJA
ZAHTJEVA:

- kronične bolesti
- demencija
- pokretan ● teže pokretan ● pokretan uz ort. pomagalo ● nepokretan

21. MOTIVACIJA – RAZLOG TRAŽENJA SMJEŠTAJA:

22. SMJEŠTAJ TRAŽIM U (zaokružiti) za: a) jednokrevetna soba
b) nije mi važno (višekrevetna soba)

23. KRATAK ŽIVOTOPIS :

24. U SLUČAJU PRESTANKA POTREBE ZA USLUGAMA, MOLIMO DA
PODNOŠITELJ ZAHTJEVA ILI NJGOV ZAKONSKI ZASTUPNIK O ISTOME
OBAVIJESTE DOM.

Potpis podnosioca zahtjeva
ili zakonskog zastupnika

LIJEČNIČKA POTVRDA

IME I PREZIME _____

GODINA ROĐENJA _____

DIJAGNOZE _____

LIJEKOVI KOJE KORISTI

POKRETNOST ●pokretan ●teže pokretan

●pokretan uz ort. pomagalo ●nepokretan

KONTINENCIJA _____

ORIJENTIRANOST _____

ZARAZNE BOLESTI _____

PSIHIČKE BOLESTI _____

- da li je pacijent liječen od psihičkih bolesti: a) ambulantno
b) stacionarno
- ako DA, navesti kada i u kojoj zdravstvenoj ustanovi:

OVISNOSTI : - ALKOHOL
 - CIGARETE
 - LIJEKOVI
 - DRUGA SREDSTVA OVISNOSTI

AGRESIVNA PONAŠANJA _____

IZABRANI LIJEČNIK - ADRESA, TELEFON I RADNO VRIJEME:

IZABRANI STOMATOLOG:

IZABRANI GINEKOLOG:

EVENTUALNE NAPOMENE: _____

Datum i mjesto

Izabrani liječnik (faksimil i potpis)
