

Podružnica _____

Klasa: _____

Ur.broj: _____

Zagreb, _____

**ZAHTJEV
ZA SMJEŠTAJ U PRIHVATILIŠTE CRVENOG KRIŽA ZAGREB**

1. IME I PREZIME KORISNIKA (i djevojačko prezime)

2. IME OCA I MAJKE (i djevojačko prezime) _____

3. OIB _____

4. BR. OSOBNE ISKAZNICE I MJESTO IZDAVANJA _____

5. MJESTO I OPĆINA ROĐENJA _____

6. DATUM ROĐENJA _____

7. DRŽAVLJANSTVO _____

8. ADRESA PREBIVALIŠTA/BORAVIŠTA

9. BRAČNO STANJE _____ Ime i prezime supružnika _____

10. BROJ DJECE i god. starosti _____

11. ŠKOLSKA SPREMA _____ i ZANIMANJE _____

12. DA LI JE KORISNIK POD SKRBNIŠTVOM

a) DA, i ime skrbnika _____

b) NE

13. ZDRAVSTVENO STANJE (ZAKRUŽITI ODGOVARAJUĆE)

a) pokretan b) pokretan uz pomagalo c) nepokretan

d) kronične bolesti, navesti koja _____

c) invalidnost:

c1) tjelesna c2) slabovidnost/sljepoća c3) naglušost/gluhoća

c3) govorno oštećenje c4) mentalna retardacija

c5) drugo tjelesno ili mentalno oštećenja, navesti koje _____

d) duševna bolest, navesti koja _____

e) alkoholizam

f) upotreba opijata

14. OSTALI BITNI PODACI O KORISNIKU

Socijalni radnik: _____

Potpis ovlaštene osobe

**LIJEČNIČKA POTVRDA
ZA PRIJEM U PRIHVATIŠTE**

PREZIME I IME _____

ADRESA STANOVANJA _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA _____

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU

1. DIJAGNOZA _____

2. POKRETNOST a) potpuna b) djelomična c) nepokretan d) pomagalo _____

3. DUŠEVNO OBOLJENJE: a) postoji, koje _____ b) ne postoji

4. ZARAZNO OBOLJENJE: a) postoji, koje _____ b) ne postoji

5. JE LI OSOBA LIJEČENA OD ALKOHOLA a) da b) ne

6. JE LI OSOBA LIJEČENA OD HEPATITISA a) da b) ne

7. JE LI OSOBA LIJEČENA OD TUBERKULOZE a) da b) ne

8. PSIHIČKO STANJE: ORIJENTIRANOST U PROSTORU I VREMENU

a) orijentiran b) djelomično orijentiran c) neorijentiran

9. KONTINENTNOST : a) kontinentan b) inkontinentan

10. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE :

a) nije potrebna

b) potrebna je: - kod osobne higijene

- kod oblačenja

- kod hranjenja

- kretanja

- kod uzimanja propisane terapije

11. MEDICINSKA POMOĆ: a) nije potrebna b) potrebna je – navesti kakva:

12. DIJETALNA PREHRANA a) nije potrebna b) potrebna je – navesti kakva:

13. TERAPIJA _____

14. IME I PREZIME, ADRESA I TELEFON ODABRANOG LIJEČNIKA

Mjesto i datum:

Potpis i faksimil liječnika: