

Područni ured _____

Klasa: _____

Ur.broj: _____

Zagreb, _____

**MOLIMO VAS ISPUNITE
TISKANIM SLOVIMA**

**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 (ZAOKRUŽITI ODGOVARAJUĆE)

a) pokretan b) pokretan uz pomagalo c) nepokretan

b) kronične bolesti, navesti koja _____

c) invalidnost:

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

c4) govorno oštećenje c5) mentalna retardacija

c5) drugo tjelesno ili mentalno oštećenja, navesti koje _____

d) duševna bolest, navesti koja _____

e) alkoholizam

f) upotreba opijata

g) Da li se korisnik trenutno nalazi na hospitalizaciji?

a) DA (navesti razlog i datum hospitalizacije) _____

b) NE

14. OSTALI BITNI PODACI O KORISNIKU

Socijalni radnik: _____

Potpis ovlaštene osobe

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJEM U PRIHVATILIŠTE

MOLIMO VAS ISPUNITE TISKANIM SLOVIMA

PREZIME I IME _____

ADRESA PREBIVALIŠTA _____

DATUM ROĐENJA _____ OIB _____

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 (zaokružiti kod čega): kod osobne higijene/ oblačenja/ hranjenja/ kretanja/ 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. NALAZI LI SE OSOBA TRENUTNO NA HOSPITALIZACIJI?

a) NE

b) DA (navesti razlog i datum hospitalizacije) _____

15. IME I PREZIME, ADRESA I TELEFON ODABRANOG LIJEČNIKA

Mjesto i datum:

Potpis i faksimil liječnika: