Centar za starije osobe
Općine Medulin

ZAHTJEV ZA PRUŽANJE SOCIJALNE USLUGE POMOĆI U KUĆI – ORGANIZIRANA PREHRANA
OBRAZAC: LIJEČNIČKA POTVRDA

IME I PREZIME:
_____
DATUM I MJESTO ROĐENJA: _____
DOB:_____
ADRESA STANOVANJA:
_____

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU:

1. **DIJAGNOZE**:_____
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____

2. **PREHRANA**:
   - ORALNA
   - NAZOGASTRIČNA SONDA
   - GASTRIČNA SONDA
   - PEG
   - PARENTERALNA PREHRANA

DIJETA: _____
_____

3. **ALERGIJE (NUTRITIVNE):** A) DA B) NE

   AKO DA, KOJE: _____
   _____

4. **TJELESNA TEŽINA**: _____ **TJELESNA VISINA**: _____ **BMI**: _____

IME I PREZIME ODABRANOG LIJEČNIKA: _____
ADRESA: _____
RADNO VRIJEME: _____
E-MAIL ADRESA: _____
BROJ TELEFONA: _____

U _____ dana _____ Potpis i pečat liječnika: _____