



**Stanje kože ( rane, preležanine, ...)** \_\_\_\_\_

---

**Pomoč druge osebe:**

*ni potrebna*

*je potrebna*

**Prehranjevanje:**

*per os*

*hranjenje po NGS*

*hranilna stoma*

**Dietna prehrana:**

*ni potrebna*

*je potrebna*

*Katera:* \_\_\_\_\_

---

**Psihično stanje:**

*orientiran-a*

*delno orientiran-a*

*ni orientiran-a*

**Ali potrebuje nadzor:**

*da*

*ne*

**MRSA:**

**Ob premestitvi iz bolnišnice:**

*da*

*ne*

**Če biva doma:**

*da*

*ne*

*preiskava ni bila opravljena*

**Po vašem mnenju sodi bolnik na naslednji oddelek:**

*stanovanjski oddelek*

*oddelek za nego*

*oddelek s stalnim nadzorom*

**Druge posebnosti zdravstvenega stanja (obvezno izpolniti pri psihiatričnih bolnikih):**

---

---

---

---

---

**Drugo:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Podpis odgovorne med. sestre**

**Žig:**

**Podpis osebnega zdravnika:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kraj in datum:** \_\_\_\_\_