

MNENJE O POTREBI PO STORITVAH E-OSKRBE

na podlagi 33. člena Zakona o dolgotrajni oskrbi (ZDOSK-1)
za izbrane osebne zdravnike ali patronažne medicinske sestre

1. OSNOVNI PODATKI O PACIENTU (obvezno)

Ime in priimek: _____

EMŠO: _____

Naslov stalnega bivališča ali če tega ni, naslov začasnega bivališča:

2. KRATEK OPIS STANJA PACIENTA (neobvezno)

Ali živi sam/a: ☐ DA ☐ NE Če ne, s kom: _____

Zaznane težave:

☐ Tveganje za padce ☐ Težave pri gibanju

☐ Kognitivne motnje ☐ Kronične bolezni

☐ Druge zdravstvene težave: _____

Hospitalizacije v zadnjem letu: ☐ NE ☐ DA — št. hospitalizacij: _____ Razlog(i):

Ocenjeno tveganje za varnost v domačem okolju: ☐ Nizko ☐ Zmerno ☐ Visoko

3. STROKOVNA UTEMELJITEV POTREBE PO E-OSKRBI (obvezno)

Pacient/ka izkazuje potrebe, ki utemeljujejo vključitev v sistem e-oskrbe. Glede na trenutno zdravstveno stanje, socialno situacijo in možnosti samooskrbe ocenjujem, da obstaja potreba po elektronski podpori za varnost, spremljanje in hitro odzivanje v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja. Konkretni bistveni razlogi za to so:

4. INFORMACIJA ZA PACIENTA

V skladu z ZDOSK-1 in Pravilnikom o vsebini vloge in obrazcu za uveljavljanje pravic do dolgotrajne oskrbe se ta obrazec, skupaj z izpolnjeno vlogo za uveljavljanje pravice do e-oskrbe, obvezno predloži pristojnemu organu za odločanje o dolgotrajni oskrbi, ki odloča tudi o pravici do e-oskrbe.

5. PODATKI IN PODPIS STROKOVNE OSEBE (obvezno)

Ime in priimek strokovne osebe: _____

Poklic (označi): ☐ Izbrani osebni zdravnik ☐ Patronažna medicinska sestra

Zdravstveni zavod: Zdravstveni dom Brežice

Telefon / e-pošta (neobvezno): _____

Podpis: _____

Datum: ____ / ____ / ____

Žig (neobvezno):