

## MNENJE OSEBNEGA ZDRAVNIKA O ZDRAVSTVENEM STANJU VLAGATELJA ZA NAJEM OSKRBOVANEGA STANOVANJA

(naziv in naslov zdravstvenega zavoda oz. zasebne ambulante)

Ime in priimek:

Naslov:

EMŠO:

<b>Gibanje</b>	<input type="checkbox"/> normalno	<input type="checkbox"/> delno ovirano	<input type="checkbox"/> nezmožnost gibanja
<b>Sluh</b>	<input type="checkbox"/> sliši	<input type="checkbox"/> naglušen	<input type="checkbox"/> gluh – a
<b>Vid</b>	<input type="checkbox"/> vidi	<input type="checkbox"/> slaboviden	<input type="checkbox"/> slep – a
<b>Govorna komunikacija</b>	<input type="checkbox"/> mogoča	<input type="checkbox"/> ni mogoča	

<b>Pomoč druge osebe pri gibanju:</b>	<input type="checkbox"/> ni potrebna	<input type="checkbox"/> občasna	<input type="checkbox"/> stalna
<b>Pomoč pri osebni higieni in urejenosti:</b>	<input type="checkbox"/> ni potrebna	<input type="checkbox"/> občasna	<input type="checkbox"/> stalna

<b>Psihično stanje</b>	<input type="checkbox"/> orientiran-a	<input type="checkbox"/> delno orientiran-a	<input type="checkbox"/> ni orientiran-a
<b>Ali potrebuje nadzor</b>	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> občasno	<input type="checkbox"/> ne
<b>Ali se zaveda nevarnosti iz okolja</b>	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> občasno	<input type="checkbox"/> ne

<b>Medicinsko tehnični pripomočki</b>	<input type="checkbox"/> ne uporablja	<input type="checkbox"/> uporablja	<input type="checkbox"/> občasno
---------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

Vrsta pripomočka:

---

---

---

---

---

---

---

---



Druge posebnosti zdravstvenega stanja, ki so pomembne za zmožnost samostojnega bivanja v oskrbovanem stanovanju (obvezno izpolniti pri psihiatričnih bolnikih):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*Družba Nepremičnine Celje d.o.o. zbira in obdeluje osebne podatke skladno z veljavno zakonodajo. Podatke zbiramo in obdelujemo izključno za namen reševanja podane vloge. Vlagatelj s podpisom vloge privoli v obdelavo osebnih podatkov. Obseg obdelave osebnih podatkov lahko vlagatelj preveri pri družbi v skladu s Politiko zasebnosti na naslovu [www.nepremicnine-celje.si/varstvo/](http://www.nepremicnine-celje.si/varstvo/).*

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

Žig:

Podpis osebnega zdravnika: \_\_\_\_\_