

MNENJE OSEBNEGA ZDRAVNIKA O ZDRAVSTVENEM STANJU VLAGATELJA ZA NAJEM OSKRBOVANEGA STANOVANJA

(naziv in naslov zdravstvenega zavoda oz. zasebne ambulante)

Ime in priimek:

Naslov:

EMŠO:

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

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

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

Medicinsko tehnični pripomočki	<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/.

Kraj in datum: _____

Žig:

Podpis osebnega zdravnika: _____