

.....
Zdravstvena organizacija-zasebna ordinacija, naslov

.....
Osební zdravnik

.....
Številka kartice zdravstvenega zavarovanja

.....
Datum

PREDLOG ZA UVEDBO POSTOPKA ZA UVELJAVLJANJE PRAVICE DO DODATKA ZA POMOČ IN POSTREŽBO Z VPRAŠALNIKOM

Ime in priimek: _____, roj. _____,
uživalec(ka) _____ pokojnine številka _____,
naslov (sedanje bivališče) _____

Ali se zavarovanec sam hrani (nesposobnost za samostojno nabavo in pripravo hrane nista vzrok za pridobitev pravice do dodatka za pomoč in postrežbo)?

DA NE

Ali se zavarovanec sam oblači ?

DA NE

Ali se zavarovanec sam slači ?

DA NE

Ali se zavarovanec sam obuva ?

DA NE

Ali se zavarovanec sam sezuva ?

DA NE

Ali zavarovanec samostojno hodi oziroma je samostojno pokreten s pomočjo ortopedskih pripomočkov (bergle, invalidski voziček ipd.)?

DA NE

Ali zavarovanec sam skrbi za osnovno higieno?

DA NE

Ali sam opravlja veliko in malo potrebo ?

DA NE

Ali je zavarovanec popolnoma slep (obvezen izvid okulista) ?

DA NE

Ali je zavarovanec popolnoma nepokreten (paraliziran) ?

DA NE

Ali je zavarovancu zaradi psihične prizadetosti potrebna neogibna in stalna pomoč in stalno nadzorstvo drugih (obvezen je izvid psihiatra) ?

DA NE

Ali je zavarovancu poleg 24-urne pomoči svojcev oz. laičnega nadzora potrebna stalna strokovna nega (najmanj zdravstveni tehnik) in od kdaj dalje (mesec in leto)? _____

DA NE

Navedite , katere od v oklepaju navedenih storitev strokovne nege so zavarovancu potrebne in kolikokrat na dan/teden (nega dekubitusne rane; nega umetne telesne odprtine kot npr. traheo; gastrostoma; anus praeternaturalis; nastavitev infuzij; aplikacija intravenozne oz...intramuskularne medikamentozne terapije; odvzem krvi za laboratorijske preiskave;nastavitev gastrične sonde; klizma; drugo) : _____

Navedite na kratko strokovno utemeljitev oz. diagnoze, zaradi katerih zavarovanec ni sposoben samostojno opravljati osnovnih življenjskih opravil: _____

Ali je zdravnik zavarovanca za izpolnitev vprašalnika osebno pregledal ? **DA NE**

Datum

Žig
zdravstvene organizacije

Podpis
osebnega zdravnika

Poročilo patronažne službe :

Datum :

Podpis patronažne sestre

Opis in skica poti do bivališča zavarovanca(ke) :

Opomba: Za uživalce starostne, invalidske, vdovske ali družinske pokojnine s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki jim je za osnovne življenjske potrebe neogibno potrebna stalna pomoč in postrežba drugega, predlog za uvedbo postopka za uveljavitev pravice do dodatka za pomoč in postrežbo z vprašalnikom nadomesti predlog za uvedbo postopka za uveljavljanje pravic iz invalidskega zavarovanja.