

Priloga 3
Dnevnik opravljanja DO

Ime in priimek uporabnika DO: _____

Opravila in morebitne posebnosti pri izvedbi opravi	Interval dne	Datum opravljanja dolgotrajne oskrbe																
		(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)					
Opravila s področja osebne higijene (umivanje telesa, ali delov telesa, nega ustne votline/zobne proteze)	D																	
	P																	
	N																	
Zaznane posebnosti v povezavi z opravljanjem DO in način ukrepanja																		
Opravila s področja gibanja (obračanje, presedanje, pomoč pri hoji)	D																	
	P																	
	N																	
Zaznane posebnosti v povezavi z opravljanjem DO in način ukrepanja																		

Dnevnik opravljanja dolgotrajne oskrbe str. 1

Opravila	Interval dne	Datum opravljanja dolgotrajne oskrbe																
		(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)					
Opravila v povezavi z oblačanjem in slačenjem	D																	
	P																	
	N																	
Zaznane posebnosti v povezavi z opravljanjem DO in način ukrepanja																		
Opravila v povezavi z izločanjem in odvajanjem	D																	
	P																	
	N																	
Zaznane posebnosti v povezavi z opravljanjem DO in način ukrepanja																		

Dnevnik opravljanja dolgotrajne oskrbe str. 2

Opravila	Interval dne	Datum opravljanja dolgotrajne oskrbe																	
		(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)				
Opravila v povezavi s prehranjevanjem in pitjem	D																		
	P																		
	N																		
Zaznane posebnosti v povezavi z opravljanjem DO in način ukrepanja																			
Priprava in dajanje zdravil	D																		
	P																		
	N																		
Zaznane posebnosti v povezavi z opravljanjem DO in način ukrepanja																			

Dnevnik opravljanja dolgotrajne oskrbe str. 3

Opravila	Interval dne	Datum opravljanja dolgotrajne oskrbe																		
		(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)	(datum)							
Merjenje vitalnih funkcij	D																			
	P																			
	N																			
Zaznane posebnosti v povezavi z opravljanjem DO in način ukrepanja																				
Drugo (opišite)	D																			
	P																			
	N																			

D = dopoldan, P = popoldan, N = ponoči

Ime in priimek oskrbovalca družinskega člana: _____

Podpis oskrbovalca družinskega člana: _____

Dnevnik opravljanja dolgotrajne oskrbe str. 4