DRUŠTVO MULTIPLE SKLEROZE

ŠIBENSKO-KNINSKE ŽUPANIJE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ZDRAVSTVENO SOCIJALNI LIST | | |
| Ime, ime oca, prezime | | |
| Mjesto rođenja | Datum | |
| Adresa | | |
| Općina/županija | | |
| JMBG/OIB | | |
| Telefon/mob/ e-mail: | | |
| Završena škola (zvanje) | | |
| Bračni status: | Broj čl. obitelji (nabrojiti i navesti srodstvo) | |
| Datum postavljanja dijagnoze: | | |
| Postotak tjelesnog oštećenja: | | |
| Bolesnik je | | Ortopedska pomagala |
| 1. Pokretan 2. Djelomično pokretan 3. Nepokretan | | 1. invalidska kolica (povremeno – stalno) 2. štake (povremeno – stalno) 3. hodalica ( povremeno – stalno) 4. pomagala za inkontinenciju (povremeno – stalno) 5. drugo -------- |
| Radni status | | Socijalni status |
| 1. Puno radno vrijeme 2. Skraćeno radno vrijeme 3. Mirovina 4. Porodična mirovina 5. Invalidska mirovina 6. Profesionalna mirovina 7. Mirovina RVI | | 1. Nezaposlen 2. Korisnik dodatka za tuđu pomoć i njegu 3. Korisnik socijalne naknade 4. Status hrvatskog branitelja |
|  | |  |
| Napomena: ispisat čitljivo štampanim slovima, zaokružit odgovarajuće brojeve | | |

# U

Osobni potpis

Potpis i pečat neurologa