

Lične zdravstvene informacije

za lica koja primaju zdravstvene usluge u kući ili su na kućnoj njezi

Osim popunjavanja Porodičnog plana lica koja primaju zdravstvene usluge u kući i kućnu njegu treba da prikupe sljedeće podatke:

Ime i prezime _____

Pol _____ Krvna grupa _____ Težina _____ Visina _____

Ime i prezime lica za kontakt u slučaju nužde _____

Odnos _____ Telefonski broj _____

Ime i prezime ljekara opće prakse _____ Telefonski broj _____

Ljekarna _____ Telefonski broj _____

Lijekovi koje trenutno uzimate

Naziv	Doza	Ljekar koji ih je prepisao

Ako treba, upotrijebite dodatni papir da bi nabrojali sve lijekove koje trenutno

Allergije (na lijekove, hranu, drugo)

Naziv			
Reakcija			

Vakcine

Naziv	Bolest	Datum primanja vakcine

Ako treba, upotrijebite dodatni papir da bi nabrojali sve

Specijalne potrebe

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oštećenje vida | <input type="checkbox"/> Alzheimerova bolest | <input type="checkbox"/> Fizičke nesposobnosti |
| <input type="checkbox"/> Oštećenja sluha | <input type="checkbox"/> Demencija | <input type="checkbox"/> Kognitivna oštećenja |
| <input type="checkbox"/> Mentalna oštećenja | <input type="checkbox"/> Govorne/jezične poteškoće | <input type="checkbox"/> Drugo _____ |

Medicinska oprema

Uređaj			
Ime pružaoca usluga			
Telefonski br.			
Naziv poduzeća za popravak			
Telefonski br.			

Lokalne komunalne službe

Naziv			
Adresa			
Telefonski br.			

Prehrambene potrebe

Cijev za hranjenje Dijabetičar/ka Drugo _____

Prethodni hirurški zahvati (u proteklih šest mjeseci)

Tip		
Datum		
Ljekar		

Ako treba, upotrijebite dodatni papir da bi nabrojali sve prethodne hirurške

Ko će vam pomoći prilikom evakuisanja?**Rezervna osoba**

Ime i prezime		
Address		
City		
State		
Zip		
Telephone		

Bočica sa životnim informacijama i Želje o prestanku života

Bočica sa životnim informacijama - lokacija _____

Želje o prestanku života - lokacija _____

Trenutni plan njege

Usluge kod kuće ili usluge usmjerene na korisnika

Ime pružaoca usluga _____ Telefonski br. _____

Pružane usluge _____

Dom za nemoćne

Ime pružaoca usluga _____ Telefonski br. _____

Pružane usluge _____

Kućna medicinska njega

Ime pružaoca usluga _____ Telefonski br. _____

Pružane usluge _____

Takođe ne zaboravite da:

u slučaju evakuisanja sa sobom ponesete svoj pribor za nuždu, uključujući lijekove i medicinsku opremu.

svojim pružaocima usluga dostavite informacije o evakuaciji ili relokaciji da bi po potrebi mogli da vam nastave pružati usluge.

O ovim informacijama razgovarajte sa cijelom porodicom.

Da bi saznali više o tome kako treba da se pripremite za slučaj nužde, posjetite health.mo.gov/emergencies/readyin3 ili kontaktirajte lokalnu službu za javno zdravlje. _____

Missouri Department of Health and Senior Services

Center for Emergency Response and Terrorism

P.O. Box 570

Jefferson City, MO 65102-0570

573.526.4768



Bosnian #865 - 10-08