|  |
| --- |
| MNENJE OSEBNEGA ZDRAVNIKA O ZDRAVSTVENEM STANJU VLAGATELJA ZA NAJEM OSKRBOVANEGA STANOVANJA |

|  |
| --- |
| Naziv in naslov zdravstvenega zavoda oz. zasebne ambulante: Kliknite ali tapnite tukaj, če želite vnesti besedilo. |

|  |  |
| --- | --- |
| Ime in priimek vlagatelja: Kliknite ali tapnite tukaj, če želite vnesti besedilo. | Naslov: Kliknite ali tapnite tukaj, če želite vnesti besedilo. |
| EMŠO: Kliknite ali tapnite tukaj, če želite vnesti besedilo. | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gibanje** | normalno | delno ovirano | nezmožnost gibanja |
| **Sluh** | sliši | naglušen | gluh – a |
| **Vid** | vidi | slaboviden | slep – a |
| **Govorna komunikacija** | mogoča | ni mogoča |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pomoč druge osebe pri gibanju:** | ni potrebna | občasna | stalna |
| **Pomoč pri osebni higieni in urejenosti:** | ni potrebna | občasna | stalna |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Psihično stanje** | orientiran-a | delno orientiran-a | ni orientiran-a |
| **Ali potrebuje nadzor** | da | občasno | ne |
| **Ali se zaveda nevarnosti iz okolja** | da | občasno | ne |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medicinsko tehnični pripomočki** | ne uporablja | uporablja | občasno |

|  |
| --- |
| Vrsta pripomočka: Kliknite ali tapnite tukaj, če želite vnesti besedilo. |

Druge posebnosti zdravstvenega stanja, ki so pomembne za zmožnost samostojnega bivanja v oskrbovanem stanovanju (obvezno izpolniti pri psihiatričnih bolnikih):

|  |
| --- |
| Kliknite ali tapnite tukaj, če želite vnesti besedilo. |

|  |
| --- |
| *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. S podpisom vloge se 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/*](http://www.nepremicnine-celje.si/varstvo/)*.* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj in datum: | Kliknite ali tapnite tukaj, če želite vnesti besedilo. | Podpis osebnega  zdravnika: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |