

DRUŠTVO MULTIPLE SKLEROZE VARAŽDINSKE ŽUPANIJE

Napomena: ispisat čitljivo štampanim slovima i zaokružiti odgovarajuće brojeve

ZDRAVSTVENO SOCIJALNI LIST	
Ime, ime oca, prezime:	
Djevojačko prezime:	
Mjesto rođenja:	Datum:
Adresa:	
Općina/županija:	
MBG	
Telefon/mob/e-mail:	
Završena škola (zvanje):	
Bračni status:	Broj članova obitelji (nabrojiti i navesti srodstvo):
Datum postavljanja dijagnoze:	
Postotak tjelesnog oštećenja:	
Bolesnik je:	Ortopedska pomagala:
<ol style="list-style-type: none">1. Pokretan2. Djelomično pokretan3. Teško pokretan	<ol style="list-style-type: none">1. Invalidska kolica (povremeno-stalno)2. Štake (povremeno-stalno)3. Hodalica (povremeno-stalno)4. Pomag.za inkontinen.(povremeno-stalno)5. Ostalo _____
Radni status	Socijalni status
<ol style="list-style-type: none">1. Radno vrijeme2. Skraćeno radno vrijeme3. Mirovina4. Porodična mirovina5. Invalidska mirovina6. Profesionalna mirovina7. Mirovina RVI	<ol style="list-style-type: none">1. Nezaposlen2. Korisnik dodatka za tuđu pomoć i njegu3. Korisnik socijalne naknade4. Staus hrvatskog branitelja

U _____, dana _____

_____ Osobni potpis

_____ Potpis i pečat neurologa