

 ZDRAVSTVENI DOM KRŠKO	PROŠNJA ZA IZVAJANJE STORITVE POMOČI NA DOMU	Številka obrazca: OBR DO 16
		Verzija: 02 Datum: 3.9.2026

UPORABNIK	
Ime in priimek:	
EMŠO:	
Davčna številka:	
Stalno prebivališče (ulica, kraj, pošta):	
Začasno prebivališče (ulica, kraj, pošta):	
Telefonska številka:	
Status (<i>obkrožite</i>):	☐ poročen ☐ vdovec ☐ ločen ☐ samski
Gibanje (<i>obkrožite</i>):	☐ pomičen ☐ delno pomičen ☐ nepomičen
Zdravila uporabljate (<i>obkrožite</i>):	☐ samostojno ☐ ob pomoči
Uporabljam naslednje tehnične pripomočke (<i>obkrožite</i>): bolniško posteljo, invalidski voziček, počivalnik, hoduljo, bergle, palico, slušni aparat, zobno protezo, drugo: _____	
Dodatek za pomoč in postrežbo (<i>obkrožite</i>): ☐ DA ☐ NE	Osebni zdravnik: _____
Ste vključeni v patronažno zdravstveno nego (<i>obkrožite in po želji izpolnite</i>): DA, oskrbovalka/ec: _____ NE	
Katere oblike pomoči v okviru storitve socialna oskrba na domu potrebujete? (<i>obkrožite – pri posameznem sklopu se lahko izbere več oblik pomoči</i>)	
Pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih	☐ pomoč pri oblačenju in slačenju
	☐ pomoč pri umivanju
	☐ pomoč pri hranjenju
	☐ pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb
	☐ vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov
Gospodinjska pomoč	☐ prinašanje enega obroka ali nabava živil in priprava enega obroka
	☐ pomivanje uporabljene posode
	☐ osnovno čiščenje bivalnega prostora z odnašanjem smeti
	☐ postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora
Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov	☐ vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in sorodstvom
	☐ spremljanje pri opravljanju nujnih obveznostih

	informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca
	priprava na institucionalno varstvo

Navedite, zakaj potrebujete storitve pomoči na domu:

Časovni plan:

Dan: ♦ PON ♦ TOR ♦ SRE ♦ ČET ♦ PET ♦ SOB ♦ NED ♦ PRAZ

Želeni termin izvajanja pomoči (dopoldne, popoldne, drugo):

KOSILO

Vrsta kosila:

♦ navadno ♦ sladkorna dieta ♦ želodčno žolčna dieta ♦ drugo: _____

Časovni plan:

Dan: ♦ PON ♦ TOR ♦ SRE ♦ ČET ♦ PET ♦ SOB ♦ NED ♦ PRAZ

Opis situacije:

Posebnosti, želje, pričakovanja:

Plačilo storitev:

- a) Storitev bom plačeval sam
- b) Storitev bo (do)plačeval/a: _____
- c) Zaprošil bom za oprostitev plačila oz. za (do)plačilo

Predviden začetek izvajanja storitve: _____

Ugotavljanje upravičenosti, storitev uveljavlja kot (obkrožite ustrezno):

- oseba, starejša od 65 let,
- oseba s statusom invalida po Zakonu o socialnem vključevanju invalidov,
- druga invalidna oseba, ki ji je priznana pravica do tuje pomoči in nege,
- kronično bolna in oseba z dolgotrajnimi okvarami zdravja,
- hudo bolan otrok ali otrok s težko motnjo v telesnem ali težko in najtežjo motnjo v duševnem razvoju,
- drugo : _____

Podatki o kontaktnih osebah

Ime in priimek: _____

Ulica, kraj, pošta: _____

Telefonska številka: _____

Naslov elektronske pošte: _____

Podpis vlagatelja:
(skrbnik za poseben primer oz. pooblaščenec)

Podpis vlagatelja:
(osebno)

V, dne