

OBRAVNAVA BOLNIKA (KPPO)
 - DOMA ALI V INSTITUCIONALNEM VARSTVU-
B 1 Cilji in načrt paliativne oskrbe

Št. lista.....

Ime in priimek.....

Datum rojstva.....

CILJI BOLNIKA /SVOJCEV		DATUM	PODPIS
-------------------------------	--	--------------	---------------

PODROČJE	CILJ	NAČRT	DATUM	PODPIS
MEDICINSKA OBRAVNAVA				
ZDARVSTVENA NEGA				
SOCIALNA OBRAVNAVA				
PSIHOLOŠKA OBRAVNAVA				
FIZIOTERAPIJA				
PREHRANSKA PODPORA				
DUHOVNA PODPORA				
DOPOLNILNA OBRAVNAVA				