

Háziorvosi igazolás

az étkeztetés szociális alapszolgáltatás igénybevételéhez

Név (születési

név):.....

Születési hely, idő:

.....

Lakóhely:

.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

Önmaga, illetve eltartottjai részére a legalább napi egyszeri meleg étkezését

- a) kora,
- b) egészségi állapota,
- c) fogyatékosága,
- d) pszichiátriai betegsége, vagy
- e) szenvedély betegsége*

miatt nem képes biztosítani.

Diétás étkeztetésre vonatkozó javaslat, ha az indokolt:

.....

Ez az állapota

- a) tartós, és pedig előreláthatólag-ig fennáll,
- b) átmeneti jellegű, és pedig előreláthatólag-ig fennáll, vagy
- c) végleges.*

Dátum:

Orvos neve, aláírása:

.....

P.H.

**A nem kívánt szövegrész törlendő*