

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**  
**az ápolási díj megállapításához/felülvizsgálatához**  
**(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)**

**I. Igazolom, hogy**

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap:.....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

Tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére

a rehabilitációs hatóságként eljáró ..... (szerv megnevezése)

.....számú határozata, szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, vagy

a ..... megyei gyermek szakfőorvos..... számú igazolása, vagy

..... fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény..... szakrendelő

intézet szakorvosa által kiadott ..... keltű igazolás/zárójelentése alapján

állítottam ki.

**II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:**

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

betegsége miatt nem szorul állandó és tartós gondozásra.

Dátum: .....

.....  
háziorvos aláírása  
munkahelyének címe