



Hajdúszoboszlói Kistérségi Szociális Szolgáltató Központ
 4200 Hajdúszoboszló, Kossuth u. 15.,
 Tel: (52) 557-791, Fax: (52) 273-124, Pf.: 103.
 E-mail: szszk.h.szob@netform.hu, Webcím: <http://www.hkszszk.hu>

Egészségi állapotra vonatkozó adatok étkeztetés biztosításához
(a házi orvos tölti ki)

1. Önellátásra vonatkozó megállapítások:

Önellátásra képes: részben képes: segítséggel képes:

1.1 Szenved-e krónikus betegségben?

1.2 Fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, értelmi sérült) és mértéke:

1.3 Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e?

1.4 Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e?

1.5 Szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül?

A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:

Felülvizsgálata szükséges-e? igen nem

Ha igen, a felülvizsgálat ideje:

Az étkeztetés biztosítását, **házhozzállítással** illetve **házhozzállítás nélkül**:

(A megfelelő kifejezések aláhúzendők)

javaslom

nem javaslom

Dátum:

Orvos aláírása:

P:H.

Hozzájárulás:

Alulírott _____ (név) _____ (születési név)

_____ település _____ utca _____ házszám alatti

lakos hozzájárulok, hogy a házi orvosom az egészségi állapotomról a Hajdúszoboszlói Kistérségi Szociális Szolgáltató Központ részére felvilágosítást adjon.

_____, 20 ____ év _____ hónap ____ nap

