

Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatási Központ

4254 Nyíradony, Dózsa Gy. u. 5. Tel/Fax: 52/204-324

E-mail: szocialiskozpont@nyiradony.hu

SZAKORVOSI IGAZOLÁS ÉTKEZTETÉS IGÉNYBEVÉTELEHEZ *(pszichiáter vagy neurológus szakorvos tölti ki)*

Név (születési név): _____

Születési hely, idő: _____

Lakóhely: _____

Tartózkodási hely (ha van): _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: _____

Mint fent nevezett személy kezelőorvosa **igazolom, hogy pszichiátriai betegségben szenved, de fekvőbeteg gyógyintézeti kezelést nem igényel, azonban betegségére tekintettel rendszeres kontrollvizsgálatra szorul, és a kontrollvizsgálatokon részt is vesz.**

Fentiekre tekintettel indokolt számára az étkeztetés biztosítása.

Az étkeztetés biztosítását az alábbi időtartamra javaslom:

☐ határozatlan időre

☐ határozott időre: -ig

Dátum: _____

P. H.

Szakorvos aláírása