

Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatási Központ

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

E-mail: szocialiskozpont.nyiradony@gmail.com

HÁZIORVOSI / SZAKORVOSI IGAZOLÁS ÉTKEZTETÉS IGÉNYBEVÉTELEHEZ (házi orvos, kezelő orvos tölti ki)

Név (születési név): _____

Lakóhely: _____

Tartózkodási hely (ha van): _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: _____

Mint fent nevezett személy kezelőorvosa **igazolom, hogy krónikus vagy akut megbetegedése miatt önmaga ellátásáról nem tud gondoskodni, ezért indokolt számára az étkeztetés biztosítása.**

Az étkeztetés biztosítását az alábbi időtartamra javaslom:

☐ határozatlan időre

☐ határozott időre: -ig

Javaslom, hogy az intézményvezető **külön eljárás nélkül soron kívül** biztosítsa a szolgáltatást, mivel az igénybe vevő

☐ életét, testi épségét, egészségi állapotát az ellátás elmaradása veszélyeztetné,

☐ önmaga ellátására teljesen képtelen, és nincs olyan hozzátartozója, aki ellátásáról gondoskodna.

Dátum: _____

P. H.

Házi orvos / Szakorvos aláírása