

1. számú melléklet Bakonya Község Képviselő- testületének

2/2015.(II. 26.) rendelethez

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a házi orvos, kezelő orvos tölti ki)

Név (születési név): .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén (házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni):

1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások:

önellátásra képes

részben képes

segítséggel képes

1.2. szenved-e krónikus betegségben:

1.3. fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült)

és mértéke: .....

1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:  igen  nem

1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e:  igen  nem

1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül:  igen  nem

1.7. egyéb megjegyzések:

2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása

indokolt  nem indokolt

3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén

3.1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):

.....

3.2. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):

.....

3.3. prognózis (várható állapotváltozás):

.....

3.4. ápolási-gondozási igények:

.....

3.5. speciális diétára szorul-e:  igen  nem

3.6. szenvedélybetegségben szenved-e:  igen  nem

3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:  igen  nem

3.8. fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke):  igen  nem

3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:  igen  nem

3.10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:

.....

4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

.....

Dátum:

Orvos aláírása:

P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)