

**HÁZIORVOSI IGAZOLÁS TELEPÜLÉSI ÁPOLÁSI TÁMOGATÁS
IGÉNYLÉSÉHEZ**

1. **Ápolásra szoruló beteg neve:**.....

2. **Beteg állapotára vonatkozó adatok**

A BETEG TARTÓS BETEGNEK MINŐSÜL, MERT:

- tartósan fekvőbeteg **IGEN / NEM**

- mozgásában olyan súlyosan korlátozott , hogy csak segítséggel tudja elhagyni a lakást **IGEN / NEM**

- állapota miatt állandó és tartós felügyeletre szorul **IGEN / NEM**

- önellátásra (étkezés, tisztálkodás, öltözködés) egyedül

KÉPES / CSAK SEGÍTSÉGGEL KÉPES / NEM KÉPES

- gyógyszerzedését adagolni, és állandóan felügyelni kell **IGEN / NEM**

- a beteg szenved-e súlyos fogyatékoságban (mozgásszervi, látási, hallási autizmus **IGEN / NEM**

3. **Mióta szorul a beteg ápolásra:**

4. **Az állapotjavulás várható-e **IGEN / NEM****

Kelt:....., **év:**.....**hó**.....**nap**.....

ph.

kezelőorvos aláírása

