

Orvosi igazolás az ápolási szükségletről
(Az ápolat személy háziiorvosa/kezelőorvosa tölti ki.)

I.) Igazolom, hogy

Név:

Anyja neve:

Születési helye és ideje:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

TAJ:

1. súlyosan fogyatékos*, fogyatékoságának jellege:

- a) látássérült*
- b) hallássérült*
- c) értelmi sérült*
- d) mozgássérült*

2. tartósan beteg*.

II.) Fenti igazolást nevezett részére a

.....

.....

.....

szakhatósági állásfoglalása*/ szakvéleménye*/ igazolás*/ zárójelentése alapján állítottam ki.

III.) Igazolom, hogy az I.) pontban szereplő személy fogyatékosága/betegsége miatt

- a) állandó* ápolásra szorul.
- b) tartós* ápolásra szorul. Az ápolás várható időtartama a
 - ba) 3 hónapot meghaladja*.
 - bb) 3 hónapot nem haladja meg*.

Dátum:

.....

aláírás, pecsét

*A megfelelő aláhúzendő.