

I.

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(A házi orvos, kezelőorvos vagy kórházi kezelés estén a kórházi osztályos orvos tölti ki)

Név (születési név):		
Születési hely, idő:		
Lakóhely:		
Társadalombiztosítási azonosító jel:		
1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres segítségnyújtás, támogató szolgáltatás igénybevétele esetén		
1.1. Krónikus betegségek (kérjük sorolja fel)		
1.2. Fertőző betegségek (kérjük sorolja fel)		
1.3. Fogyatékoság (típusa és mértéke)		
1.4. Egyéb megjegyzések pl. speciális diéta igénye		
2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy az 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 diéta		
3.6. Szervedélybetegség:		
3.7. Pszichiátriai megbetegedés:		
3.8. Fogyatékoság (típusa, mértéke):		
3.9. Demencia:		
3.10. Gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl.: végleges, időleges stb.) valamint az igénybevétel ideje alatt szedett gyógyszerek:		
4. Házi orvos, kezelőorvos egyéb megjegyzései:		
Dátum:	Orvos aláírása:	P.H.

(Szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)