

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:		
<b>1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres segítségnyújtás, támogató szolgáltatás igénybevétele esetén</b>		
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		
<b>2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy az egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása</b>		
<b>indokolt</b>	<b>nem indokolt</b>	
<b>3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén</b>		
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:		
<b>4. Házi orvos, kezelőorvos egyéb megjegyzései:</b>		
<b>Dátum:</b>	<b>Orvos aláírása:</b>	<b>P.H.</b>

(Szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

9/1999. (XI.24.) SZCSM rendelet