

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS
(a házi orvos, kezelő orvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)

Név, születési név: _____

Születési hely, idő: _____

Lakóhely: _____

TAJ szám: _____

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása 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 szükségessége:
2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása
indokolt <input type="radio"/> nem indokolt <input type="radio"/>
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. szenvedélybetegség:
3.7. pszichiátriai megbetegedés:
3.8. fogyatékoság (típusa, mértéke):
3.9. demencia:
3.10. gyógyszereszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:
4. A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:

PH

Kelt:

Orvos aláírása

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)