**12.melléklet**

**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**

 **Amennyiben igen, ennek részletezése:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **- önellátásra ( étkezés, tisztálkodás, öltözködés ) egyedül**

 **KÉPES / CSAK SEGÍTSÉGGEL KÉPES / NEM KÉPES**

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

**- a beteg szenved-e súlyos fogyatékosságban ( 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**