



Hortobágy Község Önkormányzatának Hortobágyi Szociális Szolgáltatója

4071 Hortobágy, Czinege János u. 1.
Telefon: 05-52/589-301, E-mail: szoc.hortobagy@gmail.com

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(házi orvos tölti ki)
(étkeztetés ellátás igényléséhez)

Név (születési név):	
Születési hely, idő:	
Lakóhely:	
Társadalombiztosítási Azonosító Jel:	
Hozzájárulás: Alulírott nyilatkozom, és aláírással igazolom, hogy hozzájárulok, hogy házi orvosom az egészségi állapotomról a Hortobágyi Szociális Szolgáltató részére felvilágosítást adjon. Hortobágy, 20..... kérelmező (törvényes képviselője) aláírása	
1. Egészségügyi állapotra vonatkozó megállapítások: 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. Önellátásra vonatkozó megállapítások: 2.1. Önellátásra képes. ☐ 2.2. Önellátásra részben képes: egyes tevékenységekhez képest segítséget igényel. ☐ 2.3. Önellátásra részben képes: rendszeres időszakos ellátást igényel. ☐ 2.4. Önellátásra nem képes: folyamatos ellátást igényel, időszakosan fekvő. ☐ 2.5. Önellátásra nem képes: 24 órás ellátást igényel, ágyban fekvő. ☐	
3. Felülvizsgálat szükséges: igen ☐ nem ☐ 3.1. Ha szükséges felülvizsgálat időpontja: év hó nap.	
4. Az étkeztetés biztosítása: lakásra szállítással, illetve lakásra szállítás nélkül indokolt. * (* A megfelelőt kérjük aláhúzni!)	
5. A házi orvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:	

Dátum: 20.....

P. H.

.....

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

Orvos aláírása: