



**Hajdúszoboszlói Kistérségi Szociális, Család- és Gyermekjóléti
Központ**

4200 Hajdúszoboszló, Kossuth utca 15..

Tel.:(52) 557-791, Fax: (52) 273-124 Pf.: 103.

E-mail: szszk.h.szob@netform.hu, Webcím: <http://www.hkszszk.hu>

**Egészségi állapotra vonatkozó adatok étkeztetés biztosításához
(a háziorvos tölti ki)**

1. Önellátásra vonatkozó megállapítások:

Önellátásra képes: ☐ részben képes: ☐ segítséggel képes: ☐

1.1 Szenved-e krónikus betegségben?

1.2 Fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, értelmi sérült) és mértéke:

1.3 Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e?

1.4 Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e?

1.5 Szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül?

A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Felülvizsgálata szükséges-e? igen nem

Ha igen, a felülvizsgálat ideje:

Az étkeztetés biztosítását, **házhozszállítással** illetve **házhozszállítás nélkül**:

javaslom

nem javaslom

Dátum:

Orvos aláírása:

P:H

.Hozzájárulás:

Alulírott _____ (név) _____ (születési
név)

_____ település _____ utca _____ házszám

alatti lakos hozzájárulok, hogy a háziorvosom az egészségi állapotomról a Hajdúszoboszlói
Kistérségi Szociális, Család- és Gyermekjóléti Központ részére felvilágosítást adjon.

_____, 20 ____ év _____ hónap ____ nap

aláírás

¹ Módosította a 4/2016. (I.28.) Ör. 29. § (2) bek-e, hatályos 2016.02.01-től.