

HÁZIORVOS IGAZOLÁSA
az ápolási támogatás megállapításához

I Igazolom, hogy

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

tartósan beteg.

Fenti igazolást nevezett részére

sz. zárójelentés/szakvélemény alapján adtam ki.

II Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama 3 hónapnál hosszabb.

Dátum:.....

.....
házi orvos aláírása

P.H.