

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**  
**az ápolási támogatás megállapításához / kötelező felülvizsgálatához**  
(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)

**I. Az ápolat személy adatai**

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

**II. Igazolom, hogy nevezett személy**

**tartósan beteg**  **nem tartósan beteg**

A fenti igazolást nevezett részére

.....

.....

alapján állítottam ki.\*

**III. A háziorvos megállapítása**

*Az ápolat személy mások személyes segítségével önállóan:*

**a) étkezni:**

képes

nem képes

**b) tisztálkodni:**

képes

nem képes

**c) öltözködni:**

- képes
- nem képes

**d) illemhelyet használni:**

- képes
- nem képes

**e) lakását elhagyni:**

- képes
- nem képes

**IV. Szakvélemény**

Szakvéleményem szerint fent nevezett személy

**A)  ápolásra szorul**

indokolás:

.....  
.....

**B)  állandó és tartós felügyeletre szorul**

indokolás:

.....  
.....

Szakvéleményem szerint az A) vagy B)<sup>±</sup> pont szerinti állapot

- 3 hónapnál hosszabb**  **3 hónapnál rövidebb** időtartamban fennáll.

Paks, .....

P.H.

.....

házi orvos aláírása

## **Tájékoztató a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez**

Paks Város Önkormányzata Képviselő-testületének a szociális és gyermekjóléti ellátásokról és a szociális és gyermekvédelmi igazgatásról szóló 3/2015. (II.13.) önkormányzati rendelete 23. § (3) bekezdése értelmében települési ápolási díjra való jogosultság szempontjából

**Tartósan beteg** az a 18. életévét betöltött személy, aki

- a) betegsége miatt ápolásra szorul, és mások segítségével nélkül önállóan nem képes
  - aa) étkezni,
  - ab) tisztálkodni,
  - ac) öltözködni,
  - ad) illemhelyet használni,
  - ae) lakását elhagyni,

feltéve, hogy esetében az aa)-ae) pontokban foglalt feltételek közül legalább kettő egyidejűleg fennáll, vagy

- b) olyan betegségben szenved, ami miatt napi életviteléhez állandó és tartós felügyeletre szorul,  
és az a) vagy b) pont szerinti állapot 3 hónapnál hosszabb időtartamban fennáll.

\*Az igazolás II. pontját a kezelő háziorvos szakvéleménye vagy szakrendelői szakvélemény vagy kórházi zárójelentés alapján szíveskedjen kitölteni.

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatot kérem olvashatóan kitölteni.