

IGAZOLÁS
szociális étkeztetést igénybe vevő egészségi állapotáról

Név (születési név):.....
Születési hely, idő:.....
Lakóhely:.....
TAJ szám:.....

1. Egészségi állapotra vonatkozó megállapítások:

- a) Önmaga ellátására képes
- b) Önmaga ellátására képtelen

2. Pszichiátriai betegségre vonatkozó megállapítások:

- a) Pszichiátriai betegségben szenved
- b) Pszichiátriai betegségben nem szenved

3. Szenvedélybetegségre vonatkozó megállapítások:

- a) Szenvedélybeteg
- b) Szenvedélybetegséggel nem küzd.

4. Felülvizsgálat szükséges: igen nem

Ha szükséges, a következő felülvizsgálat időpontja:.....

Dátum:.....

Orvos neve, aláírása:.....

P.H.