

1. számú melléklet 3/2011. (III. 23.) önkormányzati rendelethez

HÁZIORVOSI IGAZOLÁS
a szociális étkeztetést igénybe vevő egészségi állapotáról

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

TAJ szám:

1. Egészségi állapota alapján a napi meleg étel előállítására képes: igen nem

2. Egészségi állapota alapján az ebéd házhoz szállítása indokolt-e: igen nem

3. Felülvizsgálat szükséges: igen nem

4. Ha szükséges, a következő felülvizsgálat időpontja:

Dátum:

Orvos neve, aláírása:

P. H.