

IGAZOLÁS

Az étkeztetést igénybevevő egészségi állapotáról

Név:.....

Születési név:

Születési hely, idő:.....

Lakóhely:.....

TAJ szám:.....

1. Önellátásra vonatkozó megállapítások (a megfelelő rész megjelölendő):

önellátásra képes

részben képes

csak segítséggel képes

Az állapot:

időleges

végleges

2. Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:

igen

nem

3. Fertőző betegségben szenvedett-e 6 hónapon belül?

igen

nem

4. Házi orvos/ szakorvos egyéb megjegyzései:.....

.....

.....

.....

Kelt:

P. H.

orvos aláírása