

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási díj megállapításához/felülvizsgálatához
(Az ápolat személy háziiorvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:.....

Lakóhely:

Tartózkodási hely:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

☐ Tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére

a rehabilitációs hatóságként eljáró (szerv megnevezése)

.....számú határozata, szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, vagy

a megyei gyermek szakfőorvos..... számú igazolása, vagy

..... fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény..... szakrendelő

intézet szakorvosa által kiadott keltű igazolás/zárójelentése alapján

állítottam ki.

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

☐ 3 hónapnál hosszabb, vagy

☐ 3 hónapnál rövidebb.

☐ betegsége miatt nem szorul állandó és tartós gondozásra.

Dátum:

.....

háziiorvos aláírása
munkahelyének címe

³⁸ Módosította a 9/2018. (XII. 17.) önkormányzati rendelet 15.§-a. Hatályos 2019. január 1-től