



**Hajdúszoboszlói Kistérségi Szociális Család- és Gyermekjóléti  
Központ**

**4200 Hajdúszoboszló, Kossuth utca 15..**

**Tel.:(52) 557-791, Fax: (52) 273-124 Pf.: 103.**

**E-mail: [szszk.h.szob@netform.hu](mailto:szszk.h.szob@netform.hu), Webcím: <http://www.hkszszk.hu>**

**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**  
(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

**1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén**

(házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni):

1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások:

önellátásra képes ☐ részben képes ☐ segítséggel képes ☐

1.2. szenved-e krónikus betegségben:

1.3. fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:

1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:

1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e: ☐

1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül: ☐

1.7. egyéb megjegyzések:

**2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása**

indokolt ☐ nem indokolt ☐

**3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén**

3.1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):

3.2. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):

3.3. prognózis (várható állapotváltozás):

3.4. ápolási-gondozási igények:

<sup>1</sup> Megállapította a 4/2016. (I.28.) Ör. 29. § (3) bek-e, hatályos 2016.02.01-től.

|                                                                                                                                                      |                        |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|
| 3.5. speciális diétára szorul-e:                                                                                                                     |                        |              |
| 3.6. szenvedélybetegségben szenved-e:                                                                                                                |                        |              |
| 3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:                                                                                                        |                        |              |
| 3.8. fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke):                                                                                                    |                        |              |
| 3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:                                                                                               |                        |              |
| 3.10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: |                        |              |
| <b>4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:</b>                                                                                              |                        |              |
| <b>Dátum:</b>                                                                                                                                        | <b>Orvos aláírása:</b> | <b>P. H.</b> |