„I.

**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

**(a háziorvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)**

Név (születési név):……………………………………………….

Születési hely, idő:………………………………………………….

Lakóhely:…………………………………………………………..

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:……………………………………………………………….

**1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás igénybevétele esetén**

1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):…………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………….

1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel): …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………….

1.3. fogyatékosság (típusa és mértéke):…………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

1.4. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége:……………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………….

**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:…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

3.5. speciális diéta:………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………….

3.6. szenvedélybetegség:……………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

3.7. pszichiátriai megbetegedés:……………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

3.8. fogyatékosság (típusa, mértéke):………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………..

3.9. demencia: ………………………………………………………………………………………….

3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:………………………………………………………

4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései: …………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………

Dátum:

Orvos aláírása:

P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)”