

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a házi orvos, 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. fogyatékoság (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. fogyatékoság (típusa, mértéke):.....

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

3.10. gyógyszeresedés 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)''