

I.

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a házi orvos, kezelő orvos, 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)