

## I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

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

Név (születési név): .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

<b>1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás igénybevétele esetén:</b>
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 szüksége:
<b>2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása</b> <b>indokolt</b> <input type="checkbox"/> <b>nem indokolt</b> <input type="checkbox"/>
<b>3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), <u>ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén</u></b>
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 diétára szorul-e:		
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 köre:		
<b>4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:</b>		
<b>Dátum:</b>	Orvos aláírása:	P. H.

*(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)*