



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

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

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

2.1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):.....

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

2.3. prognózis (várható állapotváltozás):.....

2.4. ápolási-gondozási igények:.....

2.5. speciális diétára szorul-e:.....

2.6. szenvedélybetegségben szenved-e:.....

2.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:.....

2.8. fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke):

2.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:

2.10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett **gyógyszerek fajtái és dozírozása**:.....

3. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:.....

Dátum:

Orvos aláírása:

P. H.