

**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

*Átmeneti elhelyezés,*

*ápolást-gondozást nyújtó elhelyezés esetén a kérelemhez csatolandó*

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



Az ellátást kérelmező neve:
Születési név:
Születési hely, idő:
Lakóhely:
Társadalombiztosítási Azonosító Jel:
Eset történet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):
Teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):
Prognózis (várható állapotváltozás):
Ápolási-gondozási igények:
Speciális diétára szorul-e:
Szenvedélybetegségben szenved-e:
Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:
Fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke):

**Szenvedett –e fertőző betegségben (6 hónapon belül), mely miatt az idősotthoni elhelyezése nem javasolt:**

**Idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:**

Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett **gyógyszerek fajtái, adagja**

Gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök melyek háziorvosi felírása **Szakorvosi javaslat**hoz kötött: „**Szakorvosi javaslat / támogatással történő gyógyszerrendeléshez**” másolatát kérjük mellékelni.

**A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:**

**Dátum:**

**Orvos neve és elérhetősége**

**Orvos aláírása:  
P.H.**

**Beköltözéskor mellékelni kell:**

-1 hónapnál nem régebbi teljes vércép

- híg széklet esetén friss széklet vizsgálati eredmény (Clostridium, bakteriológia)