

1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez

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:

Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás igénybevétele esetén		
1. krónikus betegségek (kérjük sorolja fel):		
2. fertőző betegségek (kérjük sorolja fel):		
3. fogyatékoság (típusa és mértéke):		
4. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége:		
Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása,		
<input type="checkbox"/> indokolt <input type="checkbox"/> nem indokolt		
Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével) ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén		
1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):		
2. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):		
3. prognózis (várható állapotváltozás):		
4. ápolási-gondozási igények:		
5. speciális diéta:		
6. szenvedélybetegség:		
7. pszichiátriai megbetegedés:		
8. fogyatékoság (típusa, mértéke):		
9. demencia:		
10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:		
A házi orvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:		
Dátum:	Orvos aláírása:	P.H.
Szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz		