

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

I.

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:

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása 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. gyógyszerszedés 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)			