

## EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

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

Név..... (születési név): .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

<b>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, mértéke):		
1.4 egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége:		
<b>Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása</b>		
<b>indokolt</b>		<b>nem indokolt</b>
<b>Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén</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 diéta:		
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:		
<b>A házi orvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:</b>		
<b>Dátum:</b>	<b>Orvos aláírása:</b>	<b>P.H.</b>

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)