



**ISTENSZÜLŐ OLTALMA GÖRÖGKATOLIKUS
SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÓ KÖZPONT**

Székhely: 4087 Hajdúdorog, Ady E. u. 21.

Tel.: 52/800-208

Telephely: 4080 Hajdúnánás, Fürdő u. 1.

4080 Hajdúnánás, Magyar u. 46.

E-mail: hajdudorogidosekotthona@szlgsz.hu

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

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név:
Születési név:
Születési hely, idő:
Lakóhely:
Tartózkodási hely:
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. 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 diétára szorul-e:.....

3.6. szenvedélybetegségben szenved-e:.....

3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:.....

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

3.9. idősothoni ellátás esetén demenciában szenved-e:.....

3.10. gyógyszerzedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.),
valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:.....

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

Dátum:

Orvos aláírása

P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)