



1. sz. melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SZCSM rendelethez

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

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

Név (születési név):
Születési hely, idő:
Lakóhely:
TAJ-szám:
1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása igénylése esetén
1.1. Kónikus 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 <input type="checkbox"/> NEM INDOKOLT <input type="checkbox"/>
3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén.
3.1. Eset történet (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. Fogytékosság (típusa és mértéke):		
3.9. Demencia:		
3.10. Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:		
4. A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:		
Dátum:	Orvos aláírása:	P. H:

(Szükség esetén az igazoláshoz egyéb melléklet csatolható)