**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

(háziorvos, 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 és **nappali ellátás** (idős, fogyatékos, **demens személyek** részére) igénybevétele esetén.

(házi segítségnyújtás, Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni)

* 1. Önellátásra vonatkozó megállapítások:

Önellátásra képes: □ részben képes: □ segítséggel képes: □

* 1. Szenved –e krónikus betegségben:

* 1. Fogyatékosság típusa (hallás sérült, látás sérült, mozgás sérült, értelmi sérült) és mértéke:

* 1. Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:

* 1. Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e:

1.6.Szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül:

1.7.Egyéb megjegyzések:

1. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása

indokolt □ nem indokolt □

1. 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 diétára szorul-e:
	6. szenvedélybetegségben szenved-e:
	7. pszichiátriai betegségben szenved-e:
	8. fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke):
	9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:
	10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl.végleges, időleges stb.) valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:
2. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum: Orvos aláírása PH