

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:.....

1, **Házi segítségnyújtás**, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idők naplali 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. szervedélybetegség:

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 köre:

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

.....

.....

.....

.....

Dátum: 2025.

Orvos aláírása

PH