

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 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. Szerved –e krónikus betegségben:.....

1.3. Fogyatékoság típusa (hallás sérült, látás sérült, mozgás sérült, értelmi sérült) és mértéke:.....

1.4. Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:.....

1.5. Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e:.....

1.6. Szervedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül:.....

1.7. Egyéb megjegyzések:.....

2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételeire 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 betegségben szenved-e:

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

3.9. időotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:

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

4. A házi orvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:.....

Dátum:

Orvos aláírása

PH