

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

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

Név: _____

Születési név: _____

Születési helye, időpontja: _____

Lakóhelye: _____

TAJ szám: _____

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, nappali ellátás, támogató szolgáltatás igénybevétele esetén		
1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel, milyen típusú): ☐ igen ☐ nem		
.....		
1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel, milyen típusú): ☐ igen ☐ nem		
.....		
1.3. fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke: ☐ igen ☐ nem		
.....		
1.4. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége: ☐ igen ☐ nem		
.....		
1.5. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e, milyen célból: ☐ igen ☐ nem		
.....		
1.6. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e: ☐ igen ☐ nem		
.....		
1.7. önellátásra vonatkozó megállapítások: ☐ önellátásra képes ☐ részben képest ☐ segítséggel képes		
Egyéb megjegyzések:		
.....		
2. A nappali ellátás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy a megnevezett számára az egészségi állapota alapján a nappali ellátás biztosítása ☐ indokolt ☐ nem indokolt		
3. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:		
.....		
Dátum:	Orvos aláírása:	P. H.

Egyúttal nyilatkozom, hogy az egészségi állapotomról az orvos az intézmény részére adatot szolgáltat.

Háziorvos neve: _____

Háziorvos címe: _____

Kelt: _____

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása