

## EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(A 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, idősek nappali 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 vonatkozó igazolás

|                                                                                |                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása: | <input type="checkbox"/> Indokolt <input type="checkbox"/> 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. Szenvedélybetegség:                                                                                          |  |
| 3.7. Pszichiátriai megbetegedés:                                                                                  |  |
| 3.8. Fogyatékoság (típusa, mértéke):                                                                              |  |
| 3.9. Demencia:                                                                                                    |  |
| 3.10. Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama, valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek: |  |

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

Dátum: \_\_\_\_\_ Orvos aláírása: \_\_\_\_\_ P.H.

(Szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)