

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS
(a házi orvos, kezelőorvos 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 vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása		
indokolt <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/>		
3. Átmeneti elhelyezést (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. szenvedélybetegség:		
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:		
4. A házi orvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:		
Dátum:	Orvos aláírása:	P.H.