

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS
(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon, támogatott lakhatás 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 megbetegedésben 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:

.....

A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

.....

.....

Dátum:

.....

Aláírás

P.H.

(Mobiltelefon:)

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)