**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS 9/1999. (XI. 24.) SZCSM rendelet 1.sz.melléklete**

***(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 igénybevétele esetén** | | | | * 1. Krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel) | | | | 1.2.Fertőző betegségek: (kérjük, sorolja fel) | | | | 1.3. fogyatékosság (típusa és mértéke): | | | | 1.4.Egyéb megjegyzés pl. speciális diéta szükségessége | | | | **2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére 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 diéta: | | | | 3.6. szenvedélybetegség: | | | | 3.7. pszichiátriai megbetegedés: | | | | 3.8. fogyatékosság (típusa, mértéke): | | | | 3.9. demencia: | | | | 3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: | | | | 4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései: | | | | **Dátum:** | **Orvos aláírása:** | **P. H.** | | | |
|  |  |  |

(Szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz.)