



EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név):.....

Születési hely, idő:.....

Lakóhely:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:.....

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 diétára szorul-e:

3.6. szenvedélybetegségben szenved-e:

3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:

3.8. fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke):

3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:

3.10. gyógyszeresedés 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)