I. 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. **Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó,
rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén**
2. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):
3. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):
4. prognózis (várható állapotváltozás):
5. ápolási-gondozási igények:
6. speciális diétára szorul-e:

3.6. szenvedélybetegségben szenved-e:

1. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:
2. fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke):
3. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:

3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl végleges, időleges stb.). valamint igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre.

1. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum: Orvos aláírása: P. H.

 (szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)