***1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez***

***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.****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. fogyatékosság (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 □ 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: |  |
| **4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:** |
| **Dátum:** | **Orvos aláírása:** | **P. H.** |  |
| *(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)* |