

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS
(a háziorvos, kezelő orvos tölti ki)

Név: _____
 Születési név: _____
 Anyja neve: _____
 Születési hely: _____
 Születési idő: _____
 TAJ szám: _____

1. Házi segítségnyújtás, jelz rendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén (házi segítségnyújtás, jelz rendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni):		
1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások:		
önellátásra képes <input type="checkbox"/>	részben képes <input type="checkbox"/>	segítséggel képes <input type="checkbox"/>
1.2. szenved-e krónikus betegségben: _____		
1.3. fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke: _____ _____		
1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e: <input type="checkbox"/>		
1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e: <input type="checkbox"/>		
1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül: <input type="checkbox"/>		
1.7. egyéb megjegyzések: _____ _____ _____		
2. Jelz rendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelz rendszeres házi segítségnyújtás biztosítása.		
indokolt <input type="checkbox"/>	nem indokolt <input type="checkbox"/>	
3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén		
3.1. esettörténet (elzemények 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: <input type="checkbox"/>		
3.6. szenvedélybetegségben szenved-e: <input type="checkbox"/>		
3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: <input type="checkbox"/>		
3.8. fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke): _____		
3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e: <input type="checkbox"/>		
3.10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: _____		
4. A háziorvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései: _____ _____ _____		
Kelt:	Orvos aláírása:	P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)