

I.

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a házi orvos, kezelő orvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos 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 diéta:.....

.....
.....
.....

3.6. szenvedélybetegség:.....

.....
.....
.....

3.7. pszichiátriai megbetegedés:.....

.....
.....
.....

3.8. fogyatékoság (típusa, mértéke):.....

.....
.....
.....

3.9. demencia:.....

.....
.....
.....

3.10. gyógyszeresedés 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)