

Egészségi állapotra vonatkozó igazolás (a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Az ellátást igénybe vevő neve: _____

Születési helye, ideje: _____

TAJ száma: _____ - _____ - _____

- Önellátásra vonatkozó megállapítások:

Önellátásra képes részben képes segítséggel képes

- szenved-e krónikus betegségben _____
- fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:

- rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e: _____

- gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges: _____

- szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül: _____

- egyéb megjegyzések: _____

- esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):

- teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):

- prognózis (várható állapotváltozás): _____

- ápolási-gondozási igények: _____

- speciális diétára szorul-e: _____
- szenvedélybetegségben szenved-e: _____
- pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: _____
- szenved-e fogyatékoságban (típusa, mértéke): _____
- gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: _____

- A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései: _____

Kelt:

Orvos aláírása

PH.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)