*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 köre: |

|  |
| --- |
| **4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dátum:**  | **Orvos aláírása:** | **P. H.** |

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)