*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.**[**\***](https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900009.SCM#lbj73id4260)**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, lakóotthonok 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)