

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS
(a házi orvos, kezelő orvos tölti ki)

Név (születési név)	
Születési hely, idő	
Lakóhely	
Társadalombiztosítási Azonosító Jel	

1. Támogató szolgáltatás igénybevétele esetén

Önellátásra vonatkozó megállapítások:

önellátásra képes - részben képes - segítséggel képes – önellátásra nem képes

Szenved-e krónikus betegségben?

igen – nem

Fogyatékoság típusa és mértéke:

hallássérült – látássérült – mozgássérült – értelmi sérült – autista – halmozottan sérült

enyhe fokú – közepes – súlyos fogyatékoság áll fenn

Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e?

igen – nem

Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e?

igen – nem

Szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül?

igen – nem

A házi orvos egyéb megjegyzései:

Dátum:

P.H.

Orvos aláírása

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)