

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

Név:

Születési hely,

idő:

Lakóhely: Sajószentpéter,

Társadalombiztosítási azonosító jel:

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén
(házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében 1.1 pontot nem kell kitölteni)

1.1 önellátásra vonatkozó megállapítások:

Önellátásra képes

részben képes

segítséggel képes

1.2 szenved e krónikus betegségben:

1.3 fogyatékoság típusa:

1.4 rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges e:

1.5 gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges e:

1.6 szenved e fertőző betegségben 6 hónapon belül:

1.7 egyéb megjegyzések:

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 diétára szorul e:

3.6 szenvedélybetegségben szenved e:

3.7 pszichiátriai megbetegedésben szenved e:

3.8 fogyatékoságban szenved e:

3.9 idősothtoni ellátás esetén demenciában szenved e:

3.10 gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:

4. A házi orvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzése:

Dátum:

Orvos aláírása:

P.H.