

## **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. Ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén**

1.1. Eset történet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):

1.2. Teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):

1.3. Prognózis (várható állapotváltozás):

1.4. Ápolási-gondozási igények:

1.5. Speciális diétára szorul-e:

1.6. Szervedélybetegségben szenved-e:

1.7. Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:

1.8. Fogycátékoság (típusa, mértéke):

1.9. Demencia:

1.10. Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétele időpontjában szedett gyógyszerek köre:

**2. A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:**

**Dátum:**

**Orvos aláírása:**

**P. H.**

*(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)*