

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA

vonatkozó adatok

/házi orvos, kezelő orvos tölti ki/

Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele esetén

Ellátott neve:

Társadalom Biztosítási Jele:

Szenved-e krónikus betegségben:

Fogyatékoság típusa és mértéke:

- hallássérült:
- látássérült:
- mozgássérült:
- értelmi sérült:
- halmozottan sérült:

Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:

Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges:

Szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül: igen nem

A házi orvos/ kezelőorvos egyéb megjegyzések:

.....
.....
.....
.....

Dátum:

Orvos aláírása

PH