*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. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása igénybevétele esetén |
| * 1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel): |
| * 1. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel): |
| * 1. 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, 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 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)*