Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzata
Egyesített Szociális Intézmény
6724 Szeged Kálvária sgt. 45.

1. számú melléklet a 9/1999. (XI.24.) SZCSM rendelethez

Intézményi bélyegző helye:

„ 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
1.1. Krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):
1.2. Fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel):
1.3. 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)