

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

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS
(a házi orvos, kezelőorvos tölti ki)

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a házi orvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

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 az 1.1. pontot nem kell kitölteni): | | |
| 1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások: | | |
| önellátásra képes <input type="checkbox"/> | részben képes <input type="checkbox"/> | segítséggel képes <input type="checkbox"/> |
| 1.2. szenved-e krónikus betegségben: | | |
| 1.3. fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke: | | |
| 1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e: | | |
| 1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e: <input type="checkbox"/> | | |
| 1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül: <input type="checkbox"/> | | |
| 1.7. egyéb megjegyzések: | | |
| 2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása | | |
| indokolt <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/> | | |
| 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 (típusa, mértéke): | | |
| 3.9. idősotthoni 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 megjegyzései: | | |
| Dátum: | Orvos aláírása: | P. H. |

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)