

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:

Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), tartós ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén

1.1. esettörténet (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 diéta:
1.6. szenvedélybetegség:
1.7. pszichiátriai megbetegedés:
1.8. fogyatékoság (típusa, mértéke):
1.9. demencia:
1.10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:
A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:
Dátum: Orvos aláírása: P.H.
<i>(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)</i>