**I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

**(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)**

1. ***számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet alapján***

**Név (születési év):……………………………………………………………….**

**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 □ | részben képes □ | segítséggel képes □ |
| 1.2. szenved-e krónikus betegségben: | | |
| 1.3. fogyatékosság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke: | | |
| 1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e: | | |
| 1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e: □ | | |
| 1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül: □ | | |
| 1.7. egyéb megjegyzések: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 diétára szorul-e: | |
| 3.6. szenvedélybetegségben szenved-e: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: | | |
| 3.8. fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke): | | |
| 3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e: | | |
| 3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: | | |
| **4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:** | | |
| **Dátum:** | **Orvos aláírása:** | **P. H.** |