***I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS***

**(a háziorvos, 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 □ | 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.** | |