

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

**I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

(a házi orvos, kezelő orvos tölti ki)  
(Kérjük olvashatóan kitölteni!)

Név (nőknél születési név is):

.....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

**3. Ápolást-gondozást nyújtó intézmények 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? Milyen fokú? .....

3.10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, szükség szerinti), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre, dózisa: .....

.....

.....

.....

**4. A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:**

Soron kívüli elhelyezése:   indokolt,                   nem indokolt (aláhúzendő)

Egyéb megjegyzés:

**Dátum:**

**Orvos aláírása:**

**P. H.**

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

**Meglévő szakorvosi javaslatokat kérjük mellékelni!**