



## SZOCIÁLIS ÉTKEZTETÉS - EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)  
9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 1. számú melléklete I. szerint

<b>Az ellátást kérelmező személyes adatai:</b>		
Családi és utónév		
Születési családi és utónév		
Születési hely, idő		
Lakóhely		
Társadalombiztosítási Azonosító Jel		
<b>1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása igénybevétele esetén</b>		
1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):		
1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel):		
1.3. fogyatékoság (típusa és mértéke):		
1.4. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége:		
<b>2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása:</b>		
	indokolt	<input type="checkbox"/>
	nem indokolt	<input type="checkbox"/>
<b>3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást – gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén:</b>		
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 diéta:		
3.6. szenvedélybetegség:		
3.7. pszichiátriai megbetegedés:		
3.8. fogyatékoság (típusa, mértéke):		
3.9. demencia:		
3.10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:		
<b>4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:</b>		
Dátum:	Orvos aláírása:	P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)''



Budapest Főváros XII. kerületi Hegyvidéki Önkormányzat személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokról szóló 10/2005. (VIII. 10.) rendelete 4. § (3) (4) bekezdése alapján

<b>1. Egészségügyi állapotra vonatkozó megállapítások</b>		
1.1. szenved-e krónikus betegségben		
	igen	<input type="checkbox"/>
	nem	<input type="checkbox"/>
1.2. fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke		
1.3. szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül:		
	igen	<input type="checkbox"/>
	nem	<input type="checkbox"/>
1.4. egyéb megjegyzések:		
1.5. speciális diétára szorul-e:		
	igen	<input type="checkbox"/>
	nem	<input type="checkbox"/>
1.5.1. diéta típusa:		
	diabetes	<input type="checkbox"/>
	epés	<input type="checkbox"/>
	gluténmentes	<input type="checkbox"/>
	egyéb, és pedig	
<b>2. Étkezés igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy az egészségügyi állapot alapján az étkeztetés házhozszállításának biztosítása</b>		
	indokolt	<input type="checkbox"/>
	nem indokolt	<input type="checkbox"/>
2.1. Az étkezés házhozszállítás indokoltságának felülvizsgálata évente szükséges-e?		
	szükséges	<input type="checkbox"/>
	nem szükséges	<input type="checkbox"/>
<b>3. A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:</b>		
Dátum:	Orvos aláírása:	P. H.