



HÁZI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS - 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

Az ellátást kérelmező személyes adatai:

Családi és utónév	
Születési családi és utónév	
Születési hely, idő	
Lakóhely	
Társadalombiztosítási Azonosító Jel	

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idők nap napi ellátása igénybevétele esetén

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:

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 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:		
4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:		
Dátum:	Orvos aláírása:	P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)"