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

**I.**

**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

***(a háziorvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)***

|  |
| --- |
| Név (születési név):………………………………………………………………………........... |
| Születési hely, idő:……………………………………………………………………………… |
| Lakóhely:……………………………………………………………………………………….. |
| Társadalombiztosítási Azonosító Jel:…………………………………………………………… |
| **1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása igénybevétele esetén** |
| * 1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):
 |
| * 1. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel):
 |
| * 1. fogyatékosság (típusa és mértéke):
 |
| * 1. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége:
 |
| 1. **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. fogyatékosság (típusa, mértéke): |
| 3.9. demencia: |
| 3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek: |
| 1. **A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:**
 |
| **Dátum:** |  **Orvos aláírása:** |  **P. H.** |

*(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)*