*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)*