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

***I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS***

 **(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)**

Név (születési név): ................................................................................................................

Anyja neve:……………..…………………………..………………………………………..

Születési hely, idő: ..................................................................................................................

Lakóhely: .................................................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: ......................................................................................

Legközelebbi hozzátartozó (törvényes képviselő):

neve:……………………………………………………………………..

lakóhelye:………………………………………………………………..

telefonszáma:…………………………………………………………....

|  |
| --- |
| **1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, szociális étkeztetés, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén**(házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni): |

|  |
| --- |
| 1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| önellátásra képes □ | részben képes □ | segítséggel képes □ |

|  |
| --- |
| 1.2. szenved-e krónikus betegségben: |

|  |
| --- |
| 1.3. fogyatékosság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke: |
| 1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e: |

|  |
| --- |
| 1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e: □ |

|  |
| --- |
| 1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül: □ |

|  |
| --- |
| 1.7. egyéb megjegyzések: |

|  |
| --- |
| **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 diétára szorul-e: |

|  |
| --- |
| 3.6. szenvedélybetegségben szenved-e: |

|  |
| --- |
| 3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: |

|  |
| --- |
| 3.8. fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke): |

|  |
| --- |
| 3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e: |

|  |
| --- |
| 3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: |

|  |
| --- |
| **4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dátum:**  | **Orvos aláírása:** | **P. H.** |

|  |
| --- |
| *(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)* |