

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

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS (a kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:.....

Lakóhely:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:.....

I. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén, <u>támogatott lakhatás</u>	
1. 1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):	
1. 2. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):	
1. 3. prognózis (várható állapotváltozás):	
1. 4. ápolási-gondozási igények:	
1. 5. speciális diétára szorul-e:	
1. 6. szenvedélybetegségben szenved-e:	
1. 7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:	
1. 8. fogyatékoságban szenved – e (típusa, mértéke):	
1. 9. időotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:	
1. 10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:	
2. A kezelőorvos egyéb megjegyzései:	
(Szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz.)	
Dátum:	Orvos aláírása:
	P. H.