Szent Kamill Rehabilitációs Központ
4405 Nyíregyháza, Tallér út 18-20.
Tel:42/491-946
e-mail: rehabkozpont@gmail.com

I. *[1]

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

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

Név:	
Születési név:	
Születési hely, idő:	
Lakóhely:	
TAJ – száma:	

1.* Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása igénybevétele esetén
1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):
1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel):
1.3. fogyatékosság (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:

[1] *1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez 1/2017. (II.14.) EMMI rendelet 27. §, 6. melléklet. Hatályos: 2017. II. 17-től.*

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

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)