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

***1. Egészségi állapotára vonatkozó igazolás***

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési helye, időpontja:

Lakcíme:

TAJ-szám:

**2. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén:**

2.1. Esettörténet (Előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan): .........................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

2.2. Teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal): .........................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

2.3. Prognózis (várható állapotváltozás): ....................................................................................

.....................................................................................................................................................

2.4. Ápolási-gondozási igények: ..................................................................................................

.....................................................................................................................................................

2.5. Speciális diétára szorul-e: .....................................................................................................

2.6. Szenvedélybetegségben szenved-e: .....................................................................................

2.7. Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: ..........................................................................

2.8. Fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke): ..................................................................

2.9. Idősotthoni ellátás esetén demenciába szenved-e: ..............................................................

2.10. Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: .................................................... .....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

3. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései: .......................................................................

.....................................................................................................................................................

2022................................. .............................................

 Dátum Orvos aláírása P.H.