

Egészségügyi állapotra vonatkozó igazolás I.

Siófok Város Gondozási Központja
8600 Siófok, Korányi Sándor utca 1/a
Tel.: +36 84 311-013, e-mail: siofokgondozasikozpont@gmail.com

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

Teljes név *:

Születési név *:

Születési hely *:

Születési idő *:

Lakóhely *:

E-mail cím *:

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. Fogyatékoság (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. Esetétörténet (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. Fogytékosság (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:

Kelt,

Elektronikus aláírás során háziorvos pecsétszáma:

a háziorvos (kezelőorvos) aláírása / PH

* -al megjelölt adatok kitöltése kötelező.