

**I.**  
**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**  
**(a házi orvos, kezelő orvos tölti ki)**

Név (születési név): .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

**Ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén**

1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):.....

.....

2. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):.....

.....

3. prognózis (várható állapotváltozás):.....

4. ápolási-gondozási igények:.....

5. speciális diétára szorul-e:.....

6. szenvedélybetegségben szenved-e:.....

7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:.....

8. fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke):.....

9. időotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:.....

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

.....

**A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:.....**

.....

**Dátum:.....**

**P. H.**

**Orvos aláírása:.....**

*(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)*