

BÁRKA Kőbányai Humánszolgáltató Központ
1105 Budapest Ihász utca 26.

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

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS
(a háziorvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)

Név (születési név): _____

Születési hely, idő: _____

Lakóhely: _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: _____

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás 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 <input type="checkbox"/>	nem indokolt <input type="checkbox"/>
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:	
3.7. pszichiátriai megbetegedés:	
3.8. fogyatékoság (típusa, mértéke):	
3.9. demencia	
3.10. gyógyszeresedés 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)