Szentes Város Gondozási Központja
6600 Szentes, Horváth Mihály utca 10.
Tel: 63/312-352

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos, vagy 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, szociális étkezés és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén
1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások: önellátásra képes □ részben képes □ segítséggel képes □
1.2. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):
1.3. fogyatékosság (típusa és mértéke):
1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:
1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e: □
1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül: □
1.7. egyéb megjegyzések:
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, lakóotthonok 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. 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)”