

SZENTES VÁROS GONDOZÁSI KÖZPONTJA

6600 Szentes, Horváth Mihály u. 10. Tel.: 63/312-352 Fax: 63/316-991

E-mail: gondozkp@vnet.hu



I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

Egészségi állapotra vonatkozó adatok

1. önellátásra vonatkozó megállapítások:

önellátásra képes részben képes segítséggel képes

2. szenved-e krónikus betegségben:

.....

3. fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:

.....

4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:

.....

5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e:

6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül:

7. egyéb megjegyzések:

.....

A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

.....

.....

Dátum:

Orvos aláírása: