



## EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

### lakhatási támogatás

(a házi orvos, kezelő orvos tölti ki)

Név (születési név): .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

### **1. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén**

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

1.3. prognózis (várható állapotváltozás): .....

.....

.....

.....

1.4. ápolási-gondozási igények:.....

.....  
.....

1.5. speciális diétára szorul-e: .....

.....

1.6. szenvedélybetegségben szenved-e: .....

.....

1.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: .....

.....

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

.....

.....

1.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:.....

.....

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

.....

.....

**A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései: .....**

.....

.....

<b>Dátum:</b>	<b>Orvos aláírása:</b>	<b>P. H.</b>

*(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)*