

## **Egészségi állapotra vonatkozó igazolás átmeneti ellátás igénybevételéhez**

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név: .....

Születési név: .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

TAJ szám: .....

- 1. Eset történet (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. Fogycatékosságban szenved-e (típusa, mértéke):**
- 9. Idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:**

**10. Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.):**

**11. Az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:**

**12. Háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:**

**Dátum:**

.....  
**p.h. orvos aláírása**

*(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)*