

**Egészségi állapotra vonatkozó igazolás**  
**nappali ellátás igénybeviteléhez**  
(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név): .....

Születési név: .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

TAJ szám: .....

**1. Önellátásra vonatkozó megállapítások:**

önellátásra képes                      részben képes                      segítségével képes

**2. Szenvéd-e krónikus betegségben?**    igen    nem

Ha igen, miben: .....

**3. Fogyatékoság/ok típusa és mértéke:**

.....

**4. Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e?**    igen    nem

**5. Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e?**    igen    nem

**6. Szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül?**    igen    nem

Ha igen, miben?.....

**7. Egyéb megjegyzések:**

.....

.....

**Dátum:**

.....  
**p.h. orvos aláírása**