*1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SZCSM rendelethez**[70](http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=39692.314832" \l "foot70)*

**I.**

**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

***(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)***

|  |
| --- |
| Név (születési név): |
| Születési hely, idő: |
| Lakóhely: |
| Társadalombiztosítási Azonosító Jel: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén**  (házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni): | | |
| 1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások: | | |
| önellátásra képes  részben képes  segítséggel képes  | | |
| 1.2. szenved-e krónikus betegségben: | | |
| 1.3. fogyatékosság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) 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, lakóotthon 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 diétára szorul-e: | | |
| 3.6. szenvedélybetegségben szenved-e: | | |
| 3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: | | |
| 3.8. fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke): | | |
| 3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e: | | |
| 3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: | | |
| **4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:** | | |
| **Dátum:** | **Orvos aláírása:** | **P. H.** |

*(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)*