

**I.**  
**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**  
(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név: .....

Születési név: .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

**1. Étkeztetés házhoz szállítással, házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén**

(házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetén 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. fogyatékoság 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. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:**

.....

.....

.....

Dátum:

PH

.....

Orvos aláírása