

ADATLAPOK DOKUMENTUMAI AZ OTTHONBA KERÜLÉS IDŐPONJÁIG

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a házi orvos, kezelő orvos 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 a. pontot nem kell kitölteni):

a. önellátásra vonatkozó megállapítások:

önellátásra képes részben képes segítséggel képes

b. szenved-e krónikus betegségben: _____

c. fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:

d. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e: _____

e. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges:

f. szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül:

g. egyéb megjegyzések _____

2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása

Indokolt nem indokolt

3. Átmeneti elhelyezést (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén

a. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan): _____

b. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal) _____

c. prognózis (várható állapotváltozás): _____

d. ápolási-gondozási igények _____

e. speciális diétára szorul-e: _____

g. szenvedélybetegségben szenved-e: _____

h. fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke) _____

i. időszothoni ellátás esetén demenciában szenved-e: _____

j. gyógyszerzedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre _____

4. A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:

Dátum: _____

Orvos aláírása:

P. H.