*1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez I. rész*

**I.[[1]](#footnote-1)*EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS***

***Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:***

Családi és utóneve:

Születési családi és utóneve:

Lakóhely: ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása igénybevétele esetén – *idősotthoni ellátásban nem releváns*
2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétel **-** *idősotthoni ellátásban nem releváns*
3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével),ápolást-gondozást nyújtó**,** rehabilitációs intézmények**,** lakóotthonesetén
	1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan): ……………………………………………………………………………. ……………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):

 ………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. prognózis (várható állapotváltozás):

 ………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………….………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. ápolási-gondozási igények:

 ………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………….……….………………..

………………………………………………………………………………………………………………….………………………

* 1. Speciális diéta:

 ………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* 1. szenvedélybetegség:

 ………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………...……………………….

* 1. pszichiátriai megbetegedés:

……………………………….. ………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………….………

* 1. fogyatékosság (típusa, mértéke):

……………………………….. ………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………….………

* 1. demencia:

……………………………….. ………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………….………

* 1. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:

……………………………….. ………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………….………

……………………………….. ………………………..

1. Soron kívüli elhelyezése indokolt*: (9/1999. (XI.24.) SzCsM rendelet 15. § (1) b))*

1. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum, ……………. év ……………………………………hó ………….nap.

 P.H.

# orvos aláírása

1. *Megállapította: 1/2017. (II. 14.) EMMI rendelet 27. §, 6. melléklet. Hatályos: 2017. II. 17-től.* [↑](#footnote-ref-1)