

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

**A 9/1999. (XI.24.) SzCsM rendelet 1. számú mellékletének kivonata**

Kérjük, hogy a beteget **receptekkel** (gyógyszer, inkontinencia-termék), valamint **a külön támogatással rendelhető gyógyszerekről szakorvosi javaslattal** ellátni szíveskedjen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Név:** **(születési név)** |  | **TAJ:** |  |
| **Szül. hely, idő:** |  | **Lakóhely:** |  |
| 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 | Igen epés, cukros, pépes | Nem |
| 3.6. Szenvedélybetegségben szenved-e: | Igen, | Nem |
| 3.7. Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: sszszenved-eszenved-e: | Igen, | Nem |
| 3.8. Fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke):IgenNem |
| 3.9. Idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e: Igen, |  Nem |
| 3.10. Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: |
| 3.11. Szenved-e v.milyen fertőző betegségben (TBC, Hepatitis C, HIV, MRSA): Igen, Nem |
| 4. A háziorvos/kezelőorvos egyéb megjegyzései: |
| Kelt:  |  |  |
|  | Orvos aláírása | P.H. |