ARANYKERESZT

# 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:**<br>**(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- | Igen, | Nem |
| 3.8. Fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke): | | |
| 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,<br><br>Nem | | |
| 4. A háziorvos/kezelőorvos egyéb megjegyzései: | | |

Kelt: _____ _____

Orvos aláírása P.H.