

**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**  
*(A háziorvos, kezelőorvos tölti ki)*

Név (születési név): \_\_\_\_\_

Születési hely, idő: \_\_\_\_\_

Lakóhely: \_\_\_\_\_

Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ): \_\_\_\_\_

**1. Eset történet** *(előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**2. Teljes diagnózis** *(részletes felsorolással, BNO kóddal):*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**3. Prognózis** *(várható állapotváltozás):*

---

---

---

---

---

---

**4. Ápolási-gondozási igények:**

---

---

---

---

---

---

**5. Speciális diétára szorul-e:**

---

**6. Szenvedélybetegségben szenved-e:**

---

**7. Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:**

---

**8. Fogycátékoságban szenved-e (típusa, mértéke):**

---

---

**9. Időotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:**

---

**10. Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**11. A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Dátum:** \_\_\_\_\_

**P.H.**

---

**Orvos aláírása**