**Egészségi állapotra vonatkozó igazolás**

 **(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)**

Név (születési név): ...........................................................................................................................

Születési hely, idő: ............................................................................................................................

Lakóhely: ...........................................................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: ................................................................................................

|  |
| --- |
| 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: |

|  |
| --- |
| 3.6. szenvedélybetegségben szenved-e: |

|  |
| --- |
| 3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e, ha igen, a diagnózis megnevezése: |

|  |
| --- |
| 3.8. fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke): |

|  |
| --- |
| 3.9. demenciában szenved-e, ha igen, a súlyosság foka ( ORSZI, vagy a Pszichiátriai, illetve Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum, vagy pszichiáter/neurológus/geriáter szakorvos szakvéleménye alapján ): |

|  |
| --- |
| 3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: |

|  |
| --- |
| 4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dátum:**  | **Orvos aláírása:** | **P. H.** |

|  |
| --- |
| *(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)* |