



Egészségi állapotra vonatkozó igazolás

Nappali ellátás igénybevételéhez

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

TAJ szám: - -

1.1. Önellátásra vonatkozó megállapítások:

Önellátásra képes

Részben képes

Segítséggel képes

1.2. Szenved-e krónikus betegségben? igen nem

1.2.1. Ha igen, miben?

1.3. Fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült, halmozottan sérült, autista) és mértéke:

1.4. Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e? igen nem

1.5. Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e? igen nem

1.6. Szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül? igen nem

1.6.1. Ha igen, miben?

1.7. Egyéb megjegyzések:

1.8. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:

p.h.

orvos aláírása