



Nyilvántartási szám:..... (intézmény tölti ki)

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(házi orvos, kezelő orvos vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)

Család és utónév:

Születési név:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

3.1. Eset történet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):

Korábbi betegségek kódja és megállapításának éve:

BNO kód	Megállapítás éve	BNO megnevezése

(A kódokat és a diagnózisokat szíveskedjék olvashatóan kitölteni.)

Műteti beavatkozás kódjai és éve:

WHO kód	Megállapítás éve	Műtét megnevezése

3.2. Teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):

BNO kód	BNO megnevezése	Megállapítás éve	Prognózis (várható állapotváltozás) <u>Lehetséges értékei:</u> JAVULÓ, VÁLTOZATLAN, ROMLIK

3.3. Ápolási-gondozási igények:

(Sorolja fel az elhelyezést kérő állapota alapján a gondozási és ápolási igényeket. Pl: öltöztetés, etetés, gyógyszeradagolás, életvezetési segítség stb.)

.....
.....
.....

3.4. Speciális diétára szorul-e? Igen Nem Típusa:.....
ha igen, milyen:

3.5. Szenvedélybetegségben szenved –e?

Igen Nem Típusa:.....

3.6. Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e?: Igen Nem
(ha igen, akkor fel kell tüntetni az 5 jegyű BNO kódokat, diagnózisokat és az időpontot:))
.....

3.7. Fogytékosság (típusa, mértéke): Igen Nem
ha igen, akkor fel kell tüntetni az 5 jegyű BNO kódokat a diagnózisokat és az időpontot:
.....

Egyéb fogyatékoság: Igen Nem Típusa, mértéke:
(Egyéb fogyatékoság lehetséges értékei: látási, hallási, mozgásszervi, halmozottan fogyatékos.)

3.8. Demenciában szenved-e? Igen Nem
Demencia mértéke: enyhe középsúlyos fokozat súlyos fokozat

3.9. Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:

S.sz.	Igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek	Gyógyszerszedés gyakorisága	Várható időtartam	Megjegyzés

(Szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz.)

3.10. Gyógyszer-, étel- vagy egyéb allergia:

A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:

.....
.....
.....
.....
.....

3.11. Nevezett idősök otthonába történő elhelyezése:

Javasolt:

Nem javasolt:

Mint a Kérelmező háziorvosa kijelentem, hogy a beteg pszichiátriai ellátásra nem szorul, nincs gennyedző, fertőző, a bőr minden területét érintő szövet károsodása, fertőző betegségben nem szenved.

Szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz!

Kelt:, 2026. év hó nap.

P. H.

.....
Orvos aláírása