

Egészségi állapotra vonatkozó adatok

(a háziorvos, kezelőorvos, kórházi kezelés esetén az osztályos orvos tölti ki)

1; Név / születési név /.....

Születési hely, **idő:**.....

Lakóhely:

TAJ szám:.....

2. Átmeneti elhelyezés, ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények esetén:

2.1 esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):.....

.....

2.2 teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):.....

.....

.....

2.3 prognózis (várható állapotváltozás):.....

2.4 ápolási-gondozási igények:.....

2.5 speciális diétára szorul-e:.....

2.6 szenvedélybetegségben szenved-e:.....

2.7 pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:.....

2.8 fogyatékoság (típusa, mértéke,):.....

2.9 milyen segédeszközt használ:.....

2.10 szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül:.....

2.11.dementia

2.12 gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb),
valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek neve, adagolása.....

.....

.....

3; A háziorvos, kezelőorvos egyéb megjegyzései:.....

.....

.....

Dátum:.....

/szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz/

Orvos aláírása

P.H.