



**Szociális Gondozó Nonprofit Közhasznú Kft**

1201 Budapest, Vörösmarty utca 56.  
Telefon: (1) 285-8329

E-mail: arany111@t-online.hu  
Honlap: www.ilona-aranykor.hu

## **„B” EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)  
9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet alapján

Név (születési név): \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

Születési hely, idő: \_\_\_\_\_

Lakóhely: \_\_\_\_\_

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: \_\_\_\_\_

- 1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén:-**
- 2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom:-**
- 3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén:**

**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:**

---

---

**3.8. fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke):**

---

---

**3.9. idősothtoni ellátás esetén demenciában szenved-e:**

---

---

**3.10. gyógyszeresedés 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)*