



Üdvhadsereg – Új Kezdet Háza
H – 1063 Budapest, Bajnok utca 25.

Telefon: (+36-1) 580-2318
E-mail cím: ujkezdethaza@swi.salvationarmy.org

IGAZOLÁS

Név:

Lánykori név:

Lakcím:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

TAJ száma:-.....-.....

Igazolom, hogy betegem önálló gyógyszereszedésének (pszichiátriai gyógyszerek kivételével) nem látom akadályát.

Dátum:

Orvos aláírás

PH.



Üdvhadsereg – Új Kezdet Háza
H – 1063 Budapest, Bajnok utca 25.

Telefon: (+36-1) 580-2318
E-mail cím: ujkezdehaza@swi.salvationarmy.org

1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

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:



Üdvhadsereg – Új Kezdet Háza
H – 1063 Budapest, Bajnok utca 25.

Telefon: (+36-1) 580-2318
E-mail cím: ujkezdethaza@swi.salvationarmy.org

3.6. szenvedélybetegségben szenved-e:

3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:

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

3.9. időotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:.....

3.10. gyógyszerzedés 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)