



Kapuvári Bentlakásos Idősek Otthona

H-9330 Kapuvár

Iskola u. 25-27.

Tel:30/2058120

Tel:96/823-363

E-mail:kapuvariidosekotthona@gmail.com

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

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

Név (születési név):.....

Születési hely, idő:.....

Lakóhely:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:.....

1. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén

1.1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra

vonatkozóan):.....

.....

1.2. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO

kóddal):.....

.....

1.3. prognózis (várható

állapotváltozás):.....

.....

1.4. ápolási-gondozási

igények:.....

.....

1.5. speciális

diéta:.....

.....

1.6.

szenvedélybetegség:.....

.....

.....



Kapuvári Bentlakásos Idősek Otthona

H-9330 Kapuvár

Iskola u. 25-27.

Tel:30/2058120

Tel:96/823-363

E-mail:kapuvariidosekotthona@gmail.com

1.7. pszichiátriai

megbetegedés:.....

.....

1.8. fogyatékoság (típusa,

mértéke):.....

.....

1.9. Időotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e? Van-e

szakvéleménye?:.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

2. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb

megjegyzései:.....

.....

.....

Dátum:

.....

Orvos aláírása:

P. H.



Kapuvári Bentlakásos Idősek Otthona

H-9330 Kapuvár

Iskola u. 25-27.

Tel:30/2058120

Tel:96/823-363

E-mail:kapuvariidosekotthona@gmail.com

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

-