**MAGYARHOMOROGI IDŐSEK OTTHONA És Konyha**

**4137. Magyarhomorog, Árpád. u. 47.**

**Tel: 06/54/ 950 – 650.**

**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

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

|  |
| --- |
| Név (születési név):…………………………………………………………….. |
| Születési hely, idő: …………………………………………………………….. |
| Lakóhely:………………………………………………………………………. |
| **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 diéta: |
| 3.6. szenvedélybetegség: |
| 3.7. pszichiátriai megbetegedés: |
| 3.8. fogyatékosság (típusa, mértéke): |
| 3.9. demencia: |
| 3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek: |
| **4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:****Dátum:** |
|  |  |  |
| **Orvos aláírása:** | **P. H.** |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| : |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |