



„B” Nyomtatvány

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

Átmeneti elhelyezés,

ápolást-gondozást nyújtó elhelyezés esetén a kérelemhez csatolandó

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

Az ellátást kérelmező neve:
Születési név:
Születési hely, idő:
Lakóhely:
Társadalombiztosítási Azonosító Jel:
Eset történet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):
Teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):
Prognózis (várható állapotváltozás):
Ápolási-gondozási igények:
Speciális diétára szorul-e:
Szenvedélybetegségben szenved-e:
Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:
Fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke):

Szenvedett –e fertőző betegségben (6 hónapon belül), mely miatt az idősotthoni elhelyezése nem javasolt:

Idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:

Gyógyszereszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett **gyógyszerek fajtái, adagja**

Gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök melyek háziorvosi felírása **Szakorvosi javaslat**hoz kötött: „**Szakorvosi javaslat / támogatással történő gyógyszerrendeléshez**” másolatát kérjük mellékelni.

A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:

Orvos neve és elérhetősége

**Orvos aláírása:
P.H.**

Beköltözéskor mellékelni kell:

- 1 hónapnál nem régebbi teljes vércép
- híg széklet esetén friss széklet vizsgálati eredmény (Clostridium, bakteriológia)
- SARS-CoV-2 PCR teszt negatív eredménye