



Jelentkezési Lap

Az ellátást igénybe vevő adatai:

NÉV:

Születési neve:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, időpontja:.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye:.....

Telefonszáma:.....

TAJ szám:.....

Áll e gondnokság alatt, ha igen, gondnoka elérhetősége:

Állampolgársága:.....

1. Legközelebbi hozzátartozók, tartásra köteles vagy azt vállaló személyek adatai:

Neve:.....

Lakóhelye:.....

Telefonszáma:.....

E-mail címe:.....

Neve:.....

Lakóhelye:.....

Telefonszáma:.....

E-mail címe:.....



EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

önellátásra képes részben képes segítséggel képes

1. Szenved-e krónikus betegségben:

2. Fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:

3. Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:

4. Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e:

5. Szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül:

6. **Teljes diagnózis** (részletes felsorolással, BNO kóddal):

7. Prognózis (várható állapotváltozás):

8. Ápolási-gondozási igények:

9. Speciális diétára szorul-e:

10. Szenvedélybetegségben szenved-e:

11. Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:

12. Fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke):

13. Demenciában szenved-e:

14. Gyógyszerszedés 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.