

EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ ADATOK

(a házi orvos, kezelő orvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

A/ Eset történet (előzmények az egészségi állapotára vonatkozóan).....

.....

.....

B/ Teljes diagnózis (részletes felsorolással BNO kóddal):.....

.....

.....

C/ Prognózis (várható állapotváltozás):.....

.....

D/ Ápolási-gondozási igények:.....

E/ Speciális diétára szorul-e?.....

F/ Szenvedélybetegségben szenved-e?.....

G/ Pszichiátriai betegségben szenved-e?.....

H/ Szend-e fogyatékoságban? (típusa, mértéke).....

.....

I/ Demenciában szenved-e?.....

J/ gyógyszer szedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:

.....

.....

.....

K/ A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:

.....

Dátum: Orvos aláírása:
(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

P. H.