

Egészségi állapotra vonatkozó igazolás Támogató Szolgálat igénybe vétele esetén (A háziorvos, kezelőorvos tölti ki!)

Az ellátást igénybe vevő adatai:

- Név:
- Születési neve:
- Anyja neve:
- Születési helye, időpontja:
- Lakóhelye:
- Tartózkodási helye:
- Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

1. Önellátásra vonatkozó megállapítások:

- önellátásra képes
- részben képes
- segítséggel képes
- önellátásra nem képes

2. Szenved-e krónikus betegségben:

- Igen
- Nem

3. Fogyatékoság típusa és mértéke:

- mozgássérült
- látássérült
- értelmi sérült
- hallási sérült
- halmozottan fogyatékos
- pervazív fejlődési zavaros (pl autista, Rett szindróma, stb)
- egyéb fogyatékos (pl kromoszóma rendellenesség)
- enyhe
- közepes súlyos
- súlyos

4. Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:

- Igen
- Nem

5. Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e:

- Igen
- Nem

6. Szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül:

- Igen
- Nem

7. Egyéb megjegyzések:

8. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:

P. H.

.....
Orvos aláírása