

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS
(a házi orvos, kezelő orvos tölti ki)
Támogató Szolgáltatás igénybevételéhez

Név (születési név)	
Születési hely, idő	
Lakóhely	
Társadalombiztosítási Azonosító Jel	

1. Támogató Szolgáltatás igénybevétele esetén
Önellátásra vonatkozó megállapítások:
önellátásra képes – részben képes – segítséggel képes
Szenved-e krónikus betegségben?
Fogyatékoság típusa és mértéke:
hallássérült – látássérült – mozgássérült – értelmi sérült
Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e?
Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e?
Szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül?
A házi orvos egyéb megjegyzései:

Dátum:

P.H.

Orvos aláírása