Szatmári Irgalmas Nővérek Szent Vince Idősek Otthona
Székhely: 2500 Esztergom, Pázmány P.u.18.
E-mail: info@szentvinceotthon.hu
Tel: 33/500-215

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(Háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név: …… Születési név: …..……..

Születési hely, idő: ……..……..……

Lakóhely: ……..……

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:…….……..……

1.1 Esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):

……

……

1.2 Teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):

……..……

……

1.3 Prognózis (várható állapotváltozás):

……

1.4 Ápolási-gondozási igények:

……

……

1.5. Speciális diétára szorul-e: igen nem ha igen milyen:……..…….

1.6. Szenvedélybetegségben szenved-e?

……..……..

1.7. Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e?

……

1.8. Szenved-e fogyatékosságban?(típusa és mértéke)

……

1.9. Idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e?

……

.....

1.10. Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:

Sorsz.	Igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek	Gyógyszerszedés gyakorisága	Várható időtartam	Megjegyzés

2. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

……

……

Kelt:……..., …….. év……hó……nap

P. H. ……..

Orvos aláírása

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)