

"B"

Egészségi állapotra vonatkozó adatok (a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:

Születési név:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ szám):

Önellátásra vonatkozó megállapítások:

Önellátásra képes

Részben képes

Segítséggel képes

Szenved-e krónikus betegségben:

Fogytékosság típusa (hallássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és típusa:

Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:

Gyógyszer adagolásának ellenőrzése szükséges-e:

Szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül:

Egyéb megjegyzések:

Eset történet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):

Teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):

Prognózis (várható állapotváltozás):

Ápolási gondozási igények:

Speciális diétára szorul-e:

Szenvedélybetegségben szenved-e:

Pszichiátriai betegségben szenved-e:

Dementiában szenved-e:

Szenved-e fogyatékoságban (típusa, mértéke):

Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama, valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek neve, adagolása:

A külön jogszabályban meghatározottak alapján az önellátás mértékének megállapítása:

A háziorvos, kezelőorvos egyéb megjegyzései:

Dátum:

Orvos aláírása