



Óbuda-Békásmegyer Önkormányzat
Óbudai Szociális Szolgáltató Intézmény

1036 Budapest, Kiskorona u. 3.

Tel: 250-1552 Fax: 453-0118; e-mail: gondvez@kszki.obuda.hu

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a házi orvos, kezelő orvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)

Név (születési név):	
Születési hely, idő:	
Lakóhely:	
Társadalombiztosítási Azonosító Jel:	
1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, nappali ellátás, szociális étkeztetés, támogató szolgáltatás igénybevétele esetén	
1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):	
1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel):	
1.3. fogyatékoság (típusa és mértéke):	
1.4. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége:	
2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása	
indokolt <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/>	
4. A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:	
Dátum:	
P. H.	Orvos aláírása:

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)