

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY az ápolási támogatás megállapításához

(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Neve: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Születési hely, év, hó, nap: _____

Lakóhely: _____

Tartózkodási hely: _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: _____

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy életkora vagy betegsége és általános fizikai állapota végett mások személyes segítsége nélkül önállóan nem képes

a) étkezni vagy tisztálkodni vagy öltözködni vagy illemhelyet használni vagy lakáson belül közlekedni és ezen feltételek közül egyidejűleg legalább három feltétel fennáll vagy

b) gyógyászati kezeléseken részt venni vagy betegszállítóval részvétele nem megoldható

és állandó és tartós gondozásra szorul azonban nem minősül külön jogszabály szerint meghatározott fogyatékos személynek.

A gondozás várható időtartama:

3 hónapnál hosszabb, _____ vagy

3 hónapnál rövidebb.

Dátum: _____

házi orvos aláírása
munkahelyének címe

P. H.