

I.
EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS
(a házi orvos, kezelő orvos tölti ki)

Név:

Születési név:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

1. Étkeztetés igénybevételére		
1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> részben képes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> segítséggel képes <input type="checkbox"/>		
1.2. szenved-e krónikus betegségben: Amennyiben igen, kérjük sorolja fel:		
1.3. szenved-e akut betegségben: Amennyiben igen, kérjük sorolja fel:		
1.4. fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:		
1.5. szenved-e fertőző betegségben: Amennyiben igen, kérjük sorolja fel:		
1.6. speciális diéta szükséges-e: Amennyiben igen, típusa:		
2. A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései		
Dátum:	Orvos aláírása	P.H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)