

Kedves Ellátottunk!

Kérjük szíves segítségüket az alábbi adatok megadásában, hogy zökkenőmentesen tudjuk biztosítani a szociális étkeztetést.

Kérjük csatolni a **személyi igazolvány és lakcímkártya** másolatát.

Konyha megnevezése:

Mikortól:

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ szám):

Az Ön telefonszáma:

Az Ön háztatásában élők száma:

Az Ön családi állapota:

Az Ön legközelebbi hozzátartozója:

Neve:

Címe:

Telefonszáma:

Az Ön legfőbb betegségei:

-
-
-

Hálásan köszönjük az együttműködést!

Tisztelettel: MPE OCM Segítő Szolgálata

MAGYAR PÜNKÖSDI EGYHÁZ ORSZÁGOS CIGÁNYMISSZIÓ
SEGÍTŐ SZOLGÁLAT

Székhely és levélcím: 5630 Békés, Petőfi u. 56. Telefon/telefax: +36 66 412 217

Ágazati azonosító: S0236553

E-mail cím: segito@remenyhir.hu Honlap: www.remenyhir.hu

Telephely címe: 6090 Kunszentmiklós, Szász Károly u. 4. Telefon: +36 70 364 3269

Nyitva álló helyiség: 6000 Kecskemét, Klapka u. 9-11.

1. sz. melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos, 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, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása 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"/>		
3. Átmeneti elhelyezés, (az éjjeli menedékhely kivételével) ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén		
3.1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):		
3.2. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):		
3.3. prognózis (várható állapotváltozás):		
3.4. ápolási-gondozási igények:		
3.5. speciális diéta:		
3.6. szenvedélybetegség:		
3.7. pszichiátriai megbetegedés:		
3.8. fogyatékoság (típusa, mértéke):		
3.9. demencia:		
3.10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek		
4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:		
Dátum:	Orvos aláírása:	P.H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)