

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. Támogató szolgáltatás igénybevétele esetén
1.1 krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):
1.2 fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel):
1.3 fogyatékoság (típusa és mértéke):
hallássérült – látássérült – mozgássérült – értelmi sérült – autista – kromoszóma-rendellenesség - halmozottan sérült enyhe fokú – középsúlyos – súlyos fogyatékoság áll fenn
1.4 egyéb megjegyzések:
2. A házi orvos egyéb megjegyzései:

Dátum:

P.H.

Orvos aláírása

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)