



KÉRELEM ÁPOLÁSI INTÉZETBE TÖRTÉNŐ ELHELYEZÉSHEZ

A szolgáltatást igénybe vevő adatai:

Név:	
Születési név:	
Anyja neve:	
TAJ száma:	Személyi ig.sz.:
Születési helye, ideje:	
Állandó lakcíme:	
Tartózkodási helye:	
Tel.szám:	Temetési végakarát:
Részese-e fogyatékosági támogatásban?	

A szolgáltatást igénybe vevő – szerződés aláírására jogosult –
hozzátartozója/törvényes képviselője

Név:
Születési név:
Anyja neve:
Születési helye, ideje:
Személyi ig.sz.:
Telefonszám:
Állandó lakcíme:
Levelezési címe:

Dátum: _____

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

az ellátást igénybe vevő aláírás

az ellátást igénybe vevő hozzátartozójának
(törvényes képviselőjének) aláírása

Honnan értesült az ápolási szolgáltatásunkról?

Érkeztetve:
Fny:04-02/1

Másolatot átvettem:



Egészségi állapotra vonatkozó adatok

„B”

(a háziorvos, kezelő orvos tölti ki)

Eset történet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan): _____

Teljes diagnózis (részletes felsorolással, **BNO** kóddal - tumoros beteg esetén kérjük a "C"-s kódot és a morfológiai kódot /ha van/ feltüntetni):

Prognózis (várható állapotváltozás): _____

Ápolási – gondozási igények: _____

Speciális diéta igénye: _____

Szenvedély betegség fennforgása (típusa, mértéke): _____

Psychiátriai betegség fennforgása: _____

Fogyatékoság előfordulása (típusa, mértéke): _____

Fertőző betegség előfordulása (6 hónapon belül): _____

Fertőző betegségtől függően kérjük a vizsgálatok elvégzését (pl.: mellkas rtg, székletvizsgálat, sebleoltás, stb...): _____

A rendszeresen szedett gyógyszerek neve(i), gyakorisága: _____

Önellátás mértéke: _____

Az 1998. évi XXVI. törvény szerint fogyatékoság megállapítása történt-e: _____

Az 1998. évi XXVI. törv. sz. fogyatékosági támogatás elindítását javasolja-e: _____

Naplószám:

Dátum:

Beküldő osztály/orvos azonosító

Fny:04-02/1

.....

aláírás