

**KÉRELEM  
ÁPOLÁSI INTÉZETBE TÖRTÉNŐ ELHELYEZÉSHEZ**

**A szolgáltatást igénybe vevő adatai:**

Név: \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Személyi ig.sz.: \_\_\_\_\_

TAJ száma: \_\_\_\_\_

Adószám: \_\_\_\_\_

Születési helye, ideje: \_\_\_\_\_

Állandó lakcíme: \_\_\_\_\_

Tartózkodási helye: \_\_\_\_\_

Tel.száma: \_\_\_\_\_

Temetési végakarat: \_\_\_\_\_

Részesül-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.

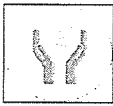
\_\_\_\_\_  
az ellátást igénybe vevő aláírás

\_\_\_\_\_  
az ellátást igénybe vevő hozzátartozójának  
(törvényes képviselőjének) aláírása

Honnan értesült az ápolási szolgáltatásunkról? \_\_\_\_\_

Érkezettve: \_\_\_\_\_

Másolatot átvettem: \_\_\_\_\_



**Egészségi állapotra vonatkozó adatok**

**„B”**

(a háziorvos, kezelő orvos tölti ki)

Esetttörténet (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: \_\_\_\_\_

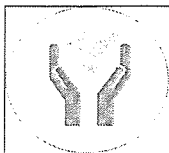
Az 1998. évi XXVI. törv. sz. fogyatékosági támogatás elindítását javasolja-e: \_\_\_\_\_

Naplószám:

Dátum: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap.

Beküldő osztály/orvos azonosító

aláírás



## Oltási nyilatkozat

**Az ápolat neve:**

**Születési helye és ideje:**

**Taj száma:**

**Lakcíme:**

Kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre, a megfelelőt aláhúzva!

1. SARS-CoV2 elleni védőoltást kapott: Igen / Nem

2. Az első oltás időpontja: \_\_\_\_\_

3. Az első oltás fajtája: \_\_\_\_\_

4. A második oltás időpontja: \_\_\_\_\_

5. A második oltás fajtája: \_\_\_\_\_

6. A harmadik oltás időpontja: \_\_\_\_\_

7. A harmadik oltás fajtája: \_\_\_\_\_

A nyilatkozatot tevő szerződő fél neve: \_\_\_\_\_

Aláírás: \_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_

