

# IGAZOLÁS

## közgyógyellátás méltányosságából történő megállapításához

Név (születési név): .....  
Születési hely. Idő: .....  
Lakóhely: .....  
TAJ szám: .....

1. Önellátásra vonatkozó megállapítások:
  - a) Önellátásra képes
  - b) Önellátásra részben képes: egyes tevékenységhez segítséget igényel.
  - c) Önellátásra részben képes: rendszeres, időszakos ellátást igényel.
  - d) Önellátásra nem képes: folyamatos ellátást igényel, időszakosan fekvő.
  - e) Önellátásra nem képes: 24 órás ellátást igényel, ágyban fekvő.
2. Felülvizsgálat szükséges:                    igen                    nem

Ha szükséges a következő felülvizsgálat időpontja:.....

Dátum: .....

Orvos neve, aláírása: .....

P.H.