

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:.....

Lakóhely:

Tartózkodási hely:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

- Súlyosan fogyatékos
súlyos fogyatékoságának jellege:
 - látássérült
 - hallássérült
 - értelmi sérült
 - mozgássérült, vagy
- Tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére
az Országos Orvosszakértői Intézet fokú Orvosi Bizottságának számú
szakvéleménye, vagy a megyei gyermek szakfőorvos számú
igazolása, vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény
..... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott
..... keltű igazolás/zárójelentés, vagy a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértő
Bizottság számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

**II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy fogyatékosága/betegsége miatt
állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:**

- 3 hónapnál hosszabb, vagy
- 3 hónapnál rövidebb.

Dátum:

.....
háziorvos aláírása
munkahelyének címe

P. H.