

2. melléklet ...../2015. (.....) önkormányzati rendelethez

## Tájékoztató a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

Simontornya Város Önkormányzata Képviselő-testületének ..... szóló  
...../2015.(.....) önkormányzati rendelete .....bekezdése szerint az **ápolási támogatásra  
való jogosultság szempontjából:**

Tartósan beteg: az a 18. életévét betöltött személy, aki

a) *betegsége miatt ápolásra szorul, és mások segítségével önállóan nem képes*

aa) étkezni,

ab)tisztálkodni,

ac) öltözködni,

ad) illemhelyet használni,

ae) lakását elhagyni,

feltéve, hogy esetében **az aa)-ae) pontokban foglaltak közül legalább kettő egyidejűleg  
fennáll**, vagy

*b) olyan betegségben szenved, ami miatt napi életviteléhez állandó és tartós felügyeletre  
szorul,*

**és az a) vagy b) pont szerinti állapot 3 hónapnál hosszabb időtartamban fennáll.**

**A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatot kérem olvashatóan kitölteni.**

## IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

**az ápolási támogatás megállapításához/ kötelező felülvizsgálatához**

(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)

### I. Az ápolat személy adatai

Neve: .....

Születési neve:.....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

## II. Igazolom, hogy nevezett személy

tartósan beteg

nem tartósan beteg

A fenti igazolást nevezett részére

.....  
.....

alapján állítottam ki.

(Az igazolás kiállításához a felhasznált hivatalos irat pontos megnevezése, kelte szükséges.)

## III. A házi orvos megállapítása

Az ápolat személy mások személyes segítségével nélkül önállóan:

### a) étkezni

képes

nem képes

### b) tisztálkodni

képes

nem képes

### c) öltözködni

képes

nem képes

### d) illemhelyet használni

képes

nem képes

### e) lakását elhagyni

képes

nem képes

#### IV. Szakvélemény

Szakvéleményem szerint fent nevezett személy

A) **Ápolásra szorul**

Indoklás:

.....  
.....

B) **Állandó és tartós felügyeletre szorul**

Indoklás:

.....  
.....

Szakvéleményem szerint az A) vagy B)\* pont szerinti állapot

**3 hónapnál hosszabb**

**3 hónapnál rövidebb**

időtartamban fennáll. (\* a megfelelő rész aláhúzendó)

Dátum: .....

P.H.

.....  
házi orvos aláírása