



"B"

Egészségi állapotra vonatkozó igazolás

(A háziorvos vagy a kezelőorvos tölti ki!)

Kérjük, hogy minden rovatot szíveskedjen kitölteni, a lap jobboldalán lévő kitöltési segédlet szerint!

Nyilvántartási szám:

Név (születési név):

Születési hely, idő:,évhónapnap

Lakóhely:

TAJ szám:

Kitöltési segédlet**1. Eset történet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan)**

Korábbi betegségek kódja és megállapításának éve

BNO kód	Megállapítás éve	BNO megnevezése
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-----
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-----
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-----
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-----

(A kódokat és a diagnózisokat szíveskedjék olvashatóan kitölteni!)

Sorolja fel a kezelést már nem igénylő betegségek 5 jegyű BNO kódját és a megállapítás évszámát!

(A kóddal ellátott felsorolások külön íven is folytathatók, amennyiben a megadott hely nem elegendő.)

Műtéti beavatkozások kódjai és éve

WHO kód	Megállapítás éve	Műtét megnevezése
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-----
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-----
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-----
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-----

2. Teljes diagnózis részletes felsorolással, BNO kóddal, prognózissal (várható állapotváltozás)

A prognózis lehetséges értékei:

Javuló, Változatlan, Romlik

BNO kód	Megállapítás éve	BNO megnevezése	Prognózis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-----	<input type="text"/>

3. Hat hónapon belül szenvedett-e fertőző betegségben? (Jelölje X-szel!)

Igen Nem

Ha igen, akkor a fenti táblázatban fel kell tüntetni az 5 jegyű BNO kódokat.

4. Ápolási-gondozási igények

Sorolja fel az elhelyezést kérő állapota alapján a gondozási és ápolási igényeket!