

**Igazolás és szakvélemény az ápolási díj
megállapításához/felülvizsgálatához**

- I. Igazolom, hogy
név.....
anyja neve:.....
szül.hely.év,hó,nap.....
lakcíme:.....
TAJ szám:.....

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
- megyei gyermek szakfőorvos
..... számú igazolása, vagy
- fekvőbeteg-szakellátást
nyújtó intézmény,.....szakrendelő intézet
szakorvosa által kiadott számú igazolás/zárójelentés
alapján állítottam ki.

- II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy
betegsége/fogyatékosága miatt önmaga ellátására képtelen, ezért állandó
felügyeletre, gondozásra szorul.

Az ápolás, gondozás várható időtartama

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb

Dátum:

.....
házi orvos aláírása

.....
munkahelyének címe