

# ORVOSI IGAZOLÁS ÉS JAVASLAT

## FELVÉTELT IGÉNYLŐ SZEMÉLY ADATAI:

Név:	Születési név:
Születési hely:	Születési idő:
An:	TAJ:
Állandó lakás:	
Tartózkodási hely:	
Telefonszám:	E-mail/fax:

Naplószám:

Anamnézis:

Orvosi diagnózis/ok:

Rendszeresen szedett gyógyszerei és adagolásuk:

Előírt kezelések, ápolási tevékenységek:

## ALLERGIA:

Alulírott beutaló orvos kijelentem, hogy a beteg kizárólag ápolási szolgáltatást igényel, napi orvosi felügyeletre, ellátásra nincs szüksége.

Kijelentem továbbá, hogy a beteg akut pszichiátriai ellátásra nem szorul, a bőr minden rétegét érintő vagy ettől súlyosabb akut, illetve krónikus sebe nincs, fertőző betegségben nem szenved. Ellátása során nem igényel citosztatikumot, gyógyszeres infúziót, vénás injekciót, kábító fájdalomcsillapítót, hospice ellátást. A felvétel idején zajló akut, vagy szubakut betegségben nem szenved.

Kelt: .....

.....  
Az igazolást/javaslatot kiadó orvos  
(pecsét, aláírás)

