

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
ÁPOLÁSI TÁMOGATÁS MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ

(AZ ÁPOLT SZEMÉLY HÁZIORVOSA TÖLTI KI!)

Igazolom, hogy

Név:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési hely, év, hó, nap:.....

Lakóhely:.....

Tartózkodási hely:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

TARTÓSAN BETEG.

Mivel szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.

A j k a, 20.....év.....hó.....nap.

.....
házi orvos aláírása, pecsétje