

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY AZ ÁPOLÁSI DÍJ  
MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ / FELÜLVIZSGÁLATÁHOZ**

(az ápolat személy háziórvosa tölti ki)

I. Igazolom, hogy

név: .....

anyja neve: ..... TAJ: .....

szül.hely, év, hó, nap: .....

lakcíme: .....

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 szakórvosa által kiadott

..... számú igazolás/zárójelentés alapján állítottam ki.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége/fogyatékos-  
sága miatt önmaga ellátására képtelen, ezért állandó felügyeletre, gondo-  
zásra szorul. Az ápolás, gondozás várható időtartama

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

K á l, .....

PH.

.....

háziórvos aláírása