

## Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatási Központ

4254 Nyíradony, Dózsa Gy. u. 5. Tel/Fax: 52/204-324

E-mail: szocialiskozpont.nyiradony@gmail.com

---

### HÁZIORVOSI / SZAKORVOSI

### IGAZOLÁS

### ÉTKEZTETÉS IGÉNYBEVÉTELEHEZ

*(házi orvos, kezelő orvos tölti ki)*

Név (születési név): \_\_\_\_\_

Lakóhely: \_\_\_\_\_

Tartózkodási hely (ha van): \_\_\_\_\_

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: \_\_\_\_\_

Mint fent nevezett személy kezelőorvosa **igazolom, hogy krónikus vagy akut megbetegedése miatt önmaga ellátásáról nem tud gondoskodni, ezért indokolt számára az étkeztetés biztosítása.**

Az étkeztetés biztosítását az alábbi időtartamra javaslom:

- határozatlan időre
- határozott időre: ..... -ig

Javaslom, hogy az intézményvezető **külön eljárás nélkül soron kívül** biztosítsa a szolgáltatást, mivel az igénybe vevő

- életét, testi épségét, egészségi állapotát az ellátás elmaradása veszélyeztetné,
- önmaga ellátására teljesen képtelen, és nincs olyan hozzátartozója, aki ellátásáról gondoskodna.

Dátum: \_\_\_\_\_

P. H.

---

Házi orvos / Szakorvos aláírása