

**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**