

5. melléklet
a 4/2015. (II. 26.) önkormányzati rendelethez
IGAZOLÁS
az étkeztetést igénybe vevő egészségi állapotáról

Név:

Születési hely, idő:.....

Lakóhely:

TAJ SZÁM:

1. Önellátásra vonatkozó megállapítások (a megfelelő rész aláhúzendő):

Önellátásra képes - részben képes - segítséggel képes

2. Szenved-e krónikus betegségben (ha igen, miben)

.....

3. Fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke

.....

.....

4. Szenved-e szenvedélybetegségben:

5. Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:.....

6. Házi orvos/szakorvos egyéb megjegyzései:

.....

.....

.....

.....
Házi orvos aláírása