



## Napközi foglalkozást igénylő adatlap:

**A. Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó napközi foglalkoztatás igénybevételéhez.**

<b>Az ellátást igénybe vevő adatai:</b>	
Név:	
Születési neve:	
Anyja neve:	
Születési helye, Időpontja:	
Lakóhelye:	
Tartózkodási helye:	
Jogi státusza:	
Állampolgársága:	
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:	
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:	
Legközelebbi hozzátartozójának /törvényes képviselőjének a) neve: b) lakóhelye: c) telefonszáma:	
<i>Milyen típusú ellátás igénybevételét kér: Karikázza be a kiválasztott időszakot.</i>	Egésznap: 8.00-16.00-ig Fél nap: 8.00-12.00 vagy 12.00-16.00-ig
étkeztetést igényel-e:  (amennyiben egész nap igényel foglalkoztatást úgy az étkezést automatikusan betervezzük)	Igen/ nem (napi 850ft)
Milyen iskolát végzett/ Milyen foglalkoztat/ásban részesült eddig?	



Iskola/ foglalkoztató neve/ címe	
Mik a lehetőségei a jelentkező személynek:  (Mit tud önállóan csinálni? Pl: mosogatni, öltözködni, stb.)	
Érdeklődési köre/ hobbjaja:	
Egyéb megjegyzések:	

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Az ellátást igénybe vevő vagy annak törvényes képviselője aláírása

**B. Egészégi állapotra vonatkozó adatok (háziorvos/ kezelőorvos tölti ki)**



Házi orvos/ kezelőorvos neve, címe, telefonszáma:	
Önellátásra vonatkozó megállapítások:	Önellátásra képes/ részben képes/ segítséggel képes
Szenved-e krónikus betegségben:	
Fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült, epilepszia) és mértéke:	
Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:	Igen/nem, ha igen milyen formában:
Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges, gyógyszereszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. Végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:  - Amennyiben gyógyszereket szed; azok neve és adagolását kérjük felsorolni.	
Szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül?	Igen/nem, ha igen milyen formában:
Eset történet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):	
Teljes diagnózis részletes felsorolással, BNO kóddal, fogyatékoság típusa, mértéke. Szakorvosi diagnózis másolatát kérjük csatolni.	



Prognózis (várható állapotváltozás):	
Speciális diétára szorul-e:	Igen/nem, ha igen milyen formába:
Szenvedélybetegségben szenved-e:	Igen/nem
Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:	Igen/nem
A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:	

Dátum:

Orvos aláírása:

P.H.

