

5. számú melléklet a 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelethez²⁴⁴

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához**

(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési hely, év, hó, nap:
Lakóhely:
Tartózkodási hely:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

- Súlyosan fogyatékos
súlyos fogyatékoságának jellege: látássérült hallássérült értelmi sérült mozgássérült, vagy
- Tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére

a rehabilitációs hatóságként eljáró (szerv megnevezése).....
számú határozata, szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, vagy a megyei gyermek
szakfőorvos számú igazolása, vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény
..... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott keltű
igazolás/zárójelentés, vagy a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértő Bizottság számú
szakvéleménye alapján állítottam ki.²⁴⁵

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy fogyatékosága/betegsége miatt állandó és tartós
gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

- 3 hónapnál hosszabb, vagy
 3 hónapnál rövidebb
 fogyatékosága/betegsége miatt nem szorul állandó és tartós gondozásra

Dátum:

.....
háziorvos aláírása
munkahelyének címe