**ORVOSI IGAZOLÁS**

**BETEGÁPOLÁSI TÁMOGATÁSHOZ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Az ápolt neve:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Anyja neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Születési helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ideje: \_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_ TAJ száma: ⁮⁮⁮-⁮⁮⁮-⁮⁮⁮ |  |

**Az ápoló neve:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eger Megyei Jogú Város Önkormányzata Közgyűlésének települési támogatás megállapításáról, kifizetésének, folyósításának rendjéről, valamint felhasználásának ellenőrzéséről szóló 7/2015. (II. 27.) rendeletében szabályozott betegápolási támogatás igényléséhez igazolom, hogy az ápolt személy tartós betegsége miatt legalább napi 4 órás ápolásra, gondozásra szorul.

Az ápolási szükséglet előreláthatóan \_\_\_\_\_ hónapig áll fenn - végleges

Az igazolást:

⁮ járóbeteg szakellátás dokumentumai,

⁮ kórházi zárójelentés,

⁮ orvosszakértői vélemény,

⁮ háziorvosi dokumentációk, vizsgálat alapján állítottam ki.

Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_.

Háziorvosi szolgálat P.H.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

háziorvos aláírása, bélyegzője

Eger Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatal felhívja figyelmét, hogy a nyomtatvány kitöltése során felvételre kerülő személyes adatait az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 Rendeletében, az Adatkezelő Adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatában, valamint a vonatkozó adatkezelési tájékoztatóban foglaltaknak megfelelően kezeli, amelyet megtekinthet az Adatkezelő székhelyén és honlapján, a <https://www.eger.hu/hu/varoshaza-fo/adatvedelem> oldalon.