

Egészségi állapotra vonatkozó igazolás

(házi orvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név):

.....

Születési hely, idő:

.....

Lakóhely:

.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

.....

Speciális diétára szorul-e:

igen

nem

Ha igen: milyen:

Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:

igen

nem

Fogvatékosságban szenved-e:

igen

nem

Ha igen: típusa, mértéke:

Szenved-e jelenleg, illetve szenvedett-e **fertőző betegségben** az elmúlt 6 hónapban:

igen

nem

A házi orvos (kezelőorvos) egyéb

megjegyzései:.....

.....

.....

.....

..

Mezőkövesd, 2014.....hónap.....nap

P.H.

.....

Orvos aláírása