



H I V A T Á S Ő R Z Ő H Á Z

H-2518 Leányvár, Erzsébet u. 127.  
Tel: 36/33/523915 Fax: 36/33/523916

## **Tisztelt leendő betegünk**

KÉRJÜK, HOGY A TELEFONON EGYEZTETETT IDŐPONTBAN A SZAKVIZSGÁLATRA HOZZA MAGÁVAL:

- kórházi zárójelentéseit, laboreredményeit, minden meglévő orvosi papírját,
- nem egyházi személyek esetén, egyházi ajánlást,
- lakcímgazoló kártyáját,
- személyigazolványt és taj kártyát,
- lehetőleg hozzátartozóval együtt jöjjön

HIDÁSZ ZOLTÁN SK.  
intézményvezető



H I V A T Á S Ő R Z Ő H Á Z

H-2518 Leányvár, Erzsébet u. 127.  
Tel: 36/33/523915 Fax: 36/33/523916

## KÉRELEM

a

**Hivatásőr Ház Átmeneti Otthonában történő kezelés igénybevételéhez**

### 1) Személyes adatok

Név: .....

Anyja neve: .....

Születési helye, időpontja: .....

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye: .....

Telefonszáma: .....

Háziorvosa: .....

### Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a) Neve: .....

b) Lakóhelye: .....

c) Telefonszáma: .....

**2) Miért kéri elhelyezését?**

.....  
.....  
.....  
.....

**3) Milyen időtartamra kéri az elhelyezését?**

- **Határozott- annak időtartama:** .....
- **Határozatlan:**

**A beköltözés módja:**

.....

**Soron kívüli elhelyezést kér-e?**

- **Nem**
- **Igen (indoka):**

.....

**Dátum: 20 . év.....hó.....nap**

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

.....  
Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

# JÖVEDELEMNYILATKOZAT

## 1. Amennyiben a térítési díj teljes összegét fizeti:

- a) rendszeres (bruttó) havi jövedelem:.....
- aa) munkaviszonyból, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyból származó jövedelem és táppénz:.....
- ab) társas és egyéni vállalkozásból származó jövedelem:.....
- ac) nyugellátás, baleseti nyugellátás, egyéb nyugdíjszerű jövedelem:.....
- .....
- ad) önkormányzat által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás:.....
- .....
- ae) egyéb jövedelem:.....
- b) személyi jövedelemadó, egészségbiztosítási és nyugdíjjárulék, munkavállalói járulék összege:.....
- c) összes nettó jövedelem:.....

## 2. Amennyiben a térítési díj teljes összegét nem tudja fizetni:

Tartásra kötelezett hozzátartozó, illetve személyi térítési díj befizetőjének  
Neve.....  
Címe.....  
Telefonszáma.....

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. A térítési díj megállapításához a szükséges jövedelmet igazoló bizonylatokat egyidejűleg csatolom.

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Dátum:.....év.....hó.....nap

.....  
Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő, befizető) aláírása

**Egészségi állapotra vonatkozó adatok  
(addiktológus szakorvos töltse ki)**

**Átmeneti elhelyezést, ápolás-gondozást nyújtó intézmény esetén:**

Név: .....

a) esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):.....

b) teljes diagnózis (részletes felsorolással):.....

c) prognózis (várható állapotváltozás):.....

d) ápolási-gondozási igények:.....

e) speciális diétára szorul-e:.....

f) szenvedélybetegségben szenved-e (típusa, mértéke):.....

g) pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:.....

h) szenved-e fogyatékoságban (típusa, mértéke):.....

i) szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül:.....

j) gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartam (pl.: végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:.....

k) az önellátás mértéke:.....

A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:.....

Dátum:.....év.....hó.....nap

.....  
orvos aláírása  
P.H.