

## IGAZOLÁS

*a súlyos fogyatékoság minősítésére*  
(másolattal töltendő ki)

*Név* : .....

*Születési név*: .....

*Születési hely*:..... *idő*:.....

*Anyja neve*:.....

*Lakhelye*:.....

*Személyi szám*:..... *TAJ szám*:..... *Adószám*:.....

*Anamnézis*:.....

*Status*:.....

*Kórisme*:.....

*Az igazolás kiállítását megalapozó szakorvosi dokumentáció dátuma*:.....

*A súlyos fogyatékoság véglegességének vagy ideiglenes jellegének megállapítása:*

– *Állapota* .....-*tól* kezdődően végleges

– *Állapota* .....-*tól* .....*ig* ideiglenesen áll fenn.

*Az igazolás kiállításának dátuma:*

.....20.....

*P.H.*

.....  
*az igazolást kiállító szakorvos/háziorvos aláírása*