

SZAKORVOSI VÉLEMÉNY

DEMENCIA IGAZOLÁSÁRA ÉS MÉRTÉKÉNEK MEGHATÁROZÁSRA VONATKOZÓAN

NÉV:..... SZÜL. H.:.....

SZ.IDŐ:..... AN:.....

SZÜLETÉSI NÉV:..... TAJ:.....

LAKHELY:.....

A vizsgálat célja demencia megbetegedés vélelmével rendelkező személy esetében a diagnózis és fokozat igazolása idősotthoni elhelyezés céljából.

Tájékoztatom, hogy a 9/1999. (XI. 24.) SZCSM rendelet 21. § (5) bekezdése szerint demens személyek ellátása esetén a bentlakásos szociális intézményi ellátás igénybevételre irányuló kérelemhez be kell nyújtani a pszichiáter, neurológus vagy geriáter szakorvos által kiállított, a demencia kórkép legalább közép súlyos fokozatát megállapító szakvéleményt.

VIZSGÁLATOK:

MMSE: /30 p.

ÓRARAJZ TESZT: /10 p.

FOKOZAT: enyhe fokú demencia / közép súlyos fokú demencia / súlyos fokú demencia
(Aláhúzendő)

SZAKVÉLEMÉNY:

DIAGNÓZIS:

KELT: _____ 20. ____ . ____ hó ____ nap

P.H.

szakorvos aláírása