**Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás - EGÉSZSÉGÜGYI ADATLAP**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ellátott neve:**  |  |
| Készülék száma: |  |
| Lakcíme: |  |
| TAJ: |  |
| Szül. hely, idő: |  |
| Értesítendő hozzátartozó, neve címe, tel.száma:  |  |
| Háziorvos: |  |
| **Alapbetegségei:** |  |
| Gyógyszerallergia, érzékenység: |  |
| Egyéb megjegyzés (pl.: vérhigító szedése…)  |  |

Háziorvos aláírása:………………………….……………………………….