

Vizsgálatot végző intézmény neve, címe: .....

Vizsgálatot végző szakorvos neve: .....

Vizsgálatot végző szakorvos végzettsége: Kérem a megfelelő részt aláhúzni!

pszichiáter,          neurológus,          geriáter

## **SZAKVÉLEMÉNY DEMENCIA IGAZOLÁSÁRÓL**

### **Személyes adatok:**

A vizsgált személy neve: .....

Születési neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

TAJ: .....

Lakcíme: .....

Törvényes képviselőjének neve, elérhetősége:

.....

A vizsgálatot kérő intézmény neve, címe:

Kék Duna Otthon 2133 Sződliget Duna part 2.

Pszichiátriai vizsgálat:

- MMSE eredménye: .....

- órateszt alapján : .....

**A demencia mértéke:** (aláhúzandó)

- enyhe
- középsúlyos
- súlyos

**Diagnózis:**

.....

.....

Dátum:

P.H.

.....

Szakorvos aláírása