

ORVOSI BEUTALÓ

a rehabilitációs szakértői szerv szakértői bizottságához a súlyos fogyatékoság véleményezése céljából

I. Személyi adatok

Az igénylő neve:

Születési neve: Anyja neve:

Születési ideje: év hó nap Szül. helye

TAJ: □□□-□□□-□□□ a személyazonosság igazolására alkalmas igazolvány típusa:, és
az igazolvány száma

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Lakóhelye: □□□□

Tartózkodási helye: □□□□

II. Orvosi dokumentáció

1. Jelenlegi betegségeiről kérjük közölni az alábbiakat:

– Az alapbetegség megnevezése: BNO kód:

– Az alapbetegséget mikor diagnosztizálták:

2. Egyéb megbetegedések:

..... BNO kód: Az észlelés ideje:

..... BNO kód: Az észlelés ideje:

..... BNO kód: Az észlelés ideje:

3. Kérjük, közölje az igénylő állapotának megítélését elősegítő leleteket, konziláriusi véleményeket:

4. Összefoglaló orvosi vélemény (együtműködési készség, gyógykezelésre vonatkozó utasítások betartása, fizikai terhelhetőség, járásképeség, segédeszköz használata, veszélyeztetett állapot stb.):

5. Kérjük, nyilatkozzon, hogy az igénylő rendelkezik-e a súlyos fogyatékos állapot minősítéséhez szükséges dokumentumokkal:

igen nem

6. Az igénylő vizsgálata

lakóhelyén, tartózkodási helyén

a rehabilitációs szakértői szerv telephelyén

indokolt.

III. A fogyatékoság jellege

1. Az igénylő fogyatékoságának jellege

- a) látási,
- b) hallási,
- c) értelmi,
- d) a személyiség egészét érintő fejlődés átható zavara,
- e) mozgásszervi,
- f) halmozott, mert az igénylőnek az a)–e) pontban meghatározott fogyatékoságok közül legalább kettő fogyatékosága van,
- g) halmozott, mert az igénylő hallássérült és emellett az a) vagy c) vagy d) pontban meghatározott fogyatékosága is van,
- h) kromoszóma-rendellenesség.

2. Véleménye szerint az igénylő a súlyos fogyatékosággal összefüggésben mindennapi életvitele során a következőkben felsoroltak közül mely tevékenységekhez igényli rendszeresen más személyek közreműködését:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> bevásárlás, | <input type="checkbox"/> főzés, | <input type="checkbox"/> mosás, |
| <input type="checkbox"/> takarítás, | <input type="checkbox"/> közlekedés, | <input type="checkbox"/> mindennapos ügyintézés. |

3. Véleménye szerint az igénylő a súlyos fogyatékoságával összefüggésben önmaga ellátása során a következőkben a felsoroltak közül mely tevékenységekhez igényli más személy segítségét:

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> étkezés, | <input type="checkbox"/> tisztálkodás, | <input type="checkbox"/> öltözködés, |
| <input type="checkbox"/> illemhely használata, | <input type="checkbox"/> lakáson belüli közlekedés. | |

IV. A beutalót kiállító orvos adatai

A kiállító orvos neve:

Munkahelyének neve:

Munkahelyének címe: tel:

Mióta tartozik ellátási körébe az igénylő:

Kelt:, év hó nap.

.....
a kezelőorvos aláírása, bélyegzőjének lenyomata, száma”