

## ORVOSI BEUTALÓ

### *a rehabilitációs szakértői szervhez a súlyos fogyatékoság véleményezése céljából*

#### I. Személyi adatok

A beteg/biztosított 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 alapsbetegség megnevezése: ..... BNO kód: .....

- Az alapsbetegséget 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 fogyatékossgal 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 fogyatékossgával 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