***ORVOSI BEUTALÓ***

***az orvosszakértői szervhez, illetve FOB-hoz a munkaképesség-változás vagy a keresőképesség felülvéleményezése 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. Mióta tartozik ellátási körébe a beteg/biztosított: ...................................................................
2. Kórelőzményben szereplő érdemi megbetegedések: ..............................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

1. Jelenlegi betegségeiről kérjük közölni az alábbiakat:
* Az alapbetegség megnevezése: ........................................... BNO kód: ...................................
* Az alapbetegséget mikor diagnosztizálták: ............................. mióta kezeli: ..........................
* Előzőleg kezelte-e más is a beteget és mikor: ..........................................................................
* Az alapbetegséghez társuló szövődmények:

........................................... BNO kód: ................................................................... Az észlelés ideje:

........................................... BNO kód: ................................................................... Az észlelés ideje:

........................................... BNO kód: ................................................................... Az észlelés ideje:

* Egyéb megbetegedések:

........................................... BNO kód: ................................................................... Az észlelés ideje:

........................................... BNO kód: ................................................................... Az észlelés ideje:

........................................... BNO kód: ................................................................... Az észlelés ideje:

1. A beteg kórházi kezelésére vonatkozó adatok az utolsó 2 év során:

 -tól -ig diagnózis

.............................................................. .............................................................. ........................................... BNO kód:

............................................................. .............................................................. ............................................ BNO kód:

.............................................................. .............................................................. ............................................ BNO kód:

1. Kérjük, ismertesse a beteg/biztosított jelenlegi részletes státuszát [kiemelve anatómiai és funkcionális károsodása(i)nak jellemzőit]:
2. Kérjük, közölje a beteg/biztosított állapotának megítélését elősegítő leleteket, konzíláriusi véleményeket:
3. Kérjük, ismertesse az eddig alkalmazott kezelési módokat és azok hatékonyságát, a kórlefolyás jellegét (progresszió, stagnálás, regresszió):
4. Megítélése szerint milyen további terápiával, rehabilitációs intézkedéssel lehetne a beteg/biztosított állapotán javítani:
5. Lehetségesnek tartja-e a beteg/biztosított:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  - orvosi rehabilitációját:  |  □ igen  |  □ nem  |
|  - foglalkozási rehabilitációját saját munkakörében:  |  □ igen  |  □ nem  |
|  - más munkakörben:  |  □ igen  |  □ nem  |

1. Mikor és milyen rehabilitációban részesült a beteg/biztosított:
2. Összefoglaló orvosi vélemény (együttműködési készség, gyógykezelésre vonatkozó utasítások betartása, fizikai terhelhetőség járásképesség, segédeszköz használata, veszélyeztetett állapot stb.):

1. Kérjük, nyilatkozzék, a beteg/biztosított rendelkezik-e a keresőképtelenség vagy a munkaképesség változás minősítéséhez szükséges dokumentumokkal:

 **□** igen **□** nem

1. A beteg/biztosított vizsgálata

**□** lakóhelyén, tartózkodási helyén, **□** az orvosszakértői szerv telephelyén indokolt.

III. *A keresőképtelenségre vagy a munkaképesség változásra vonatkozó további adatok*

1. A beteg keresőképtelenségére vonatkozó adatok az utolsó két év során a kiállító orvos dokumentációjában:

keresőképtelen: -tól -ig diagnózis

 ........................................... ........................................ ........................................ BNO kód: ...................................

........................................... ......................................... .......................................... BNO kód: ...................................

 .

........................................... ......................................... .......................................... BNO kód: ....................................

........................................... ......................................... .......................................... BNO kód: ....................................

 .. .

1. Táppénz-joga lejár: ..................................................................................................................
2. Táppénzfolyósító szerv:

neve: ............................................................................................................................................ címe: ........................................................................... telefonszáma: .........................................

1. Főorvosi Bizottság elé küldés indoka:

□ vitatott keresőképtelenség □ keresőképtelenség visszaigazolása

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 V.

Kérjük, hogy a kormányhivatal felülvéleményező főorvosával is véleményeztesse a beteget!

 **A kormányhivatal szakértő vagy felülvéleményező főorvosának**

**véleménye**