

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:

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

3. 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:

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

-tól

-ig

diagnózis

..... BNO kód:

..... BNO kód:

..... BNO kód:

5. Kérjük, ismertesse a beteg/biztosított jelenlegi részletes státuszát [kiemelve anatómiai és funkcionális károsodása(i)nak jellemzőit]:

6. Kérjük, közölje a beteg/biztosított állapotának megítélését elősegítő leleteket, konziláriusi véleményeket:

7. Kérjük, ismertesse az eddig alkalmazott kezelési módokat és azok hatékonyságát, a kórlefolyás jellegét (progresszió, stagnálás, regresszió):

8. Megítélése szerint milyen további terápiával, rehabilitációs intézkedéssel lehetne a beteg/biztosított állapotán javítani:

9. Lehetségesnek tartja-e a beteg/biztosított:

- orvosi rehabilitációját:

☐ igen

☐ nem

- foglalkozási rehabilitációját saját munkakörében:

☐ igen

☐ nem

- más munkakörben:

☐ igen

☐ nem

10. Mikor és milyen rehabilitációban részesült a beteg/biztosított:

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

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

☐ igen ☐ nem

13. 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:
.....	

2. Táppénz-joga lejár:

3. Táppénzfolyósító szerv:

neve:

címe: telefonszáma:

4. 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 hónap.

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

V.

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

A kormányhivatal szakértő vagy felülvéleményező főorvosának véleménye
--