

## ORVOSI BEUTALÓ

### az NRSZH szakértői bizottsághoz, illetve FOB-hoz a munkaképesség-változás, a fogyatékoság véleményezése vagy a keresőképesség felülvéleményezése céljából

I. (Minden esetben kitöltendő)

A beteg/biztosított/igénylő neve:

Előző neve:

.....

.....

Leánykori neve:

Anyja neve:

.....

.....

Születési ..... év ..... hó ..... nap

helye ..... kerület

TAJ \_\_\_\_\_

személyi ig. szám: \_\_\_\_\_

Szakképzettsége:

Utolsó munkaköre:

.....

.....

Lakcíme: \_\_\_\_\_

Tartózkodási helye: \_\_\_\_\_

.....

.....

Gondnokának neve és lakcíme:

.....

II. (Minden esetben kitöltendő)

1. Mióta tartozik ellátási körébe a beteg/biztosított/igénylő:

.....

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: .....



13. A beteg/biztosított/igénylő vizsgálata  
\_ lakóhelyén, tartózkodási helyén, \_ a Szakértői Intézet telephelyén indokolt.

---

*III. (A keresőképesség és a munkaképesség-változás véleményezése esetén töltendő ki)*

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

keresőképtelen: től	-	-ig	diagnózis	BNO kód: .....
.....	.....	.....	.....	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 fogyatékosági támogatás igénylése esetén töltendő ki.)*

1. Az igénylő fogyatékoságának jellege

a) \_ látási

b) \_ hallási

c) \_ értelmi

d) \_ a személyiség egészét érintő fejlődés átható zavara (autizmus)

e) \_ mozgásszervi

f) \_ halmozott, mert az igénylőnek az a)-e) pontokban meghatározott fogyatékoságok közül legalább kettő

fogyatékosága van

g) \_ halmozott, mert az igénylő hallássérült és emellett az a) vagy c) vagy d) pontokban meghatározott fogyatékosága is van

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

\_ bevásárlás, \_ főzés, \_ mosás,

\_ takarítás, \_ közlekedés, \_ mindennapos ügyintézés.

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

\_ étkezés, \_ tisztálkodás, \_ öltözködés,

\_ illemhely használata, \_ lakáson belüli közlekedés.

---

V. (Minden esetben kitöltendő)

A kiállító orvos neve:

.....  
Munkahelyének neve:

.....  
Munkahelyének címe: ..... tel.:

..... év ..... hó ..... nap.

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

---

VI.

Kérjük, hogy a MEP illetékes felülvéleményező főorvosával is véleményeztesse a beteget

<b>A MEP ellenőrző vagy felülvéleményező főorvosának véleménye</b>
--

..... év ..... hó ..... nap.

.....  
aláírás, bélyegzőjének lenyomata, száma