



- 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:
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

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 ..... hó .....nap.

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

V.

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

<b>A kormányhivatal szakértő vagy felülvéleményező főorvosának véleménye</b>
--