***SZAKMAI VÉLEMÉNY
gyermekek otthongondozási díjának megállapításához, felülvizsgálatához***

*1. Az ápolt személy* személyes adatai

1.1. Neve: .....................................................................................................................................

1.2. Születési neve: .......................................................................................................................

1.3. Anyja neve: ..........................................................................................................................

1.4. Születési hely, év, hó, nap: ....................................................................................................

1.5. Ápolt személy lakóhelye: ......................................................................................................

1.6. Tartózkodási helye: ...............................................................................................................

*2. Igazolás* az ápolt gyermek súlyosan fogyatékos vagy tartósan beteg állapotáról *[kizárólag a 6 éven aluli gyermek esetén töltendő ki!]*

2.1. Igazolom, hogy a fent nevezett gyermek a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékosságokról szóló 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet *1. számú melléklete* szerinti, az ott meghatározott súlyosságú betegségek vagy fogyatékosságok valamelyikében szenved.

2.2. Diagnózis: *............................................................................................................................. ................................................................................................................................................*

*……………………………………………………………………………………………………………….*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| BNO |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

2.3. Fenti diagnózis alapján az ápolt gyermek:

2.3.1. □ **Súlyosan fogyatékos**

2.3.1.1. [súlyos fogyatékosságának jellege:

□ látássérült □ hallássérült □ értelmi sérült □ autista □ mozgássérült], vagy

2.3.2. □ **Tartósan beteg [**csak akkor jelölhető, ha előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.

2.3.3. Szakvéleményt kiállító szakorvos neve: ……………………………………

2.3.4. Szakvéleményt kiállító szakorvos elérhetősége (telefonszám illetve e-mail cím): ……………………………………..

*3. Az önellátásra való képesség vizsgálatának adatai*

3.1. Helyszíni vizsgálat adatai *(csak abban az esetben töltendő, ha sor kerül helyszíni vizsgálatra)*

3.1.1. A helyszíni vizsgálat helye: ...............................................................................................

időpontja: ........................................, időtartama: .......................................................................

3.1.2. A helyszíni vizsgálatot végző személy neve:......................................................................

3.2. Értékelési szempont- és pontozási rendszer (minden esetben töltendő)

A 2., 3., 6., 7., 8., valamint a 11. sor minden esetben kitöltendő! Főszabály szerint a 4. és a 9. sor töltendő ki, az alábbi esetek kivételével.

Ha az ápolt személy I-es típusú diabétesz diagnózissal rendelkezik, és állapota fenntartásához rendszeres inzulinterápiára van szüksége, az 5. sort kell kitölteni. Az 5. sor köznevelési intézménybe járó gyermek esetén csak akkor tölthető, ha a gyermek inzulinterápiájának követéséhez a szülő közreműködése a köznevelési intézményben nélkülözhetetlen.

Ha az ápolt személy autizmus diagnózissal rendelkezik (BNO F84.0-F84.9 besorolású betegség), akkor a 10. sort kell tölteni.

Egyidejűleg a 4. és az 5., illetve a 9. és a 10. sor nem tölthető ki!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C |
|  1. |  Tevékenység, funkció |  Értékeljen 0 és 4 pont között (a pontérték a szükséges segítség mértékével emelkedik) | Pontszám |
|  2. |  Étkezés | 0: önmagát kiszolgálja, önállóan étkezik1: felszolgálást igényel, de önállóan étkezik2: felszolgálást és evőeszköz tisztításához segítséget igényel3: felszolgálás és elfogyasztáshoz részbeni segítséget igényel4: teljes segítséget igényel az étel elfogyasztásához vagy segítséget igényel az étkezés kapcsán az I-es típusú diabétesz diagnózis alapján történő inzulinadagoláshoz  |   |
|  3. |  Öltözködés | 0: nem igényel segítséget1: önállóan végzi, de a megfelelő ruhaneműk kiválasztásához segítséget igényel2: egyes ruhadarabok felvételében igényel segítséget3: jelentős segítséget igényel az öltözködésben, megfelelő öltözet kiválasztásában, illetve 14 éves kor alatti gyermek esetén inzulinpumpa rendszeres viselése szükséges 4: öltöztetés, vetkőzés minden szakaszában segítségre szorul |   |
|  4. |  Tisztálkodás (személyi higiéné biztosítása) | 0: szükségleteit felmérve önállóan végzi1: szükségleteit felismeri, bizonyos feladatokhoz segítséget igényel2: szükségleteit felismeri, tisztálkodni csak segítséggel tud3: részlegesen ismeri fel szükségleteit, segítséget igényel4: nem ismeri fel szükségleteit, tisztálkodni önállóan nem képes |   |
|  5. |  Rendszeres steril eszközhasználat  | 0: inzulinterápia szükséges több mint 2 éve fennálló, inzulinterápiát igénylő diabétesz esetén, 7. életévét betöltött gyermek esetében1: inzulinterápia szükséges kevesebb, mint 2, de több mint 1 éve fennálló, inzulinterápiát igénylő diabétesz esetén, a gyermek 7. életévének betöltésétől a 14. életév betöltéséig2: inzulinterápia szükséges kevesebb, mint 1 éve fennálló, inzulinterápiát igénylő diabétesz esetén, a gyermek 10. életévének betöltésétől a 14. életév betöltéséig3: inzulinterápia szükséges kevesebb, mint 1 éve fennálló, inzulinterápiát igénylő diabétesz esetén, a gyermek 7. életévének betöltésétől a 10. életév betöltéséig4: inzulinterápia szükséges 7. életévét be nem töltött gyermek esetében, a diabétesz tartamától függetlenül |  |
|  6. |  WC használat | 0: önálló a WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatait ellátja1: önállóan használja a WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban ellenőrizni kell2: önállóan használja a WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban segíteni kell3: segítséget igényel a WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzéséhez4: segítséggel sem képes a WC használatra, öltözködésre, higiénés feladatok elvégzésére |  |
|  7. |  Kontinencia | 0: vizeletét, székletét tartani képes1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi a higiénés feladatait2: pelenkacserében, öltözködésben, illetve higiénés feladatokban alkalmanként segítséget igényel3: rendszeres segítséget igényel pelenkacserében, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzésében4: teljes ellátásra szorul |  |
|  8. |  Köznevelési vagy szakképző intézmény, nappali ellátást nyújtó szociális intézmény látogatása | 0: önállóan1: közlekedésben kíséretet igényel2: intézménylátogatás esetenkénti felügyeletet igényel3: intézménylátogatás csak folyamatos felügyelettel biztosítható4: nem képes |  |
|  9. |  Lakáson belüli közlekedés | 0: önállóan1: segédeszköz önálló használatával2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel4: nem képes |  |
|  10. |  Kihívást jelentő viselkedés | 0: viselkedését az adott szociális környezethez megfelelően alakítja; feszültségeit megfogalmazni képes1: csökkent indulati fékek vagy túlérzékenység; viselkedését a szociális környezet elvárásainak megfelelően alakítani nehezére esik2: a környezet számára nehezen érthető vagy gyakori ellenkezés, esetleg verbális agresszió; gyakori feszültség, de ezt megfogalmazni kevéssé képes3: feszültségei nagyon gyakoriak, vagy visszatérők a dührohamok, esetleg destruktív és fizikai agresszió (tárgyak, önmaga, mások ellen irányuló) formájában nyilvánulnak meg4: viselkedése miatt időszakosan vagy állandó jelleggel teljesen elszigetelődik szűkebb vagy tágabb szociális környezetétől |  |
|  11. |  Összesen |  |  |

3.2.1. A fenti tevékenységek ellátására való képesség értékelése során csakis a betegségéből, fogyatékosságából eredő funkcióvesztés értékelhető, az életkorból adódó funkcióhiány nem.

3.2.2. A gyermek önellátásra képtelensége akkor áll fenn, ha az ápolt személy legalább 8 pontot kap.

3.3. A vizsgálatot végző megjegyzése: ...............................................................................................

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

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

3.4. A szakértői véleményhez felhasznált hivatalos irat pontos megnevezése: ..................................

kelte: ................................................ megállapítása: ....................................................................

*4. Szakértői vélemény*

4.1. Az ápolt személy súlyos fogyatékosságból vagy tartós betegségből adódó önellátásra való képtelensége:

4.1.1. □ fennáll, indokolás: ................................................................................................................

4.1.2. □ nem áll fenn, indokolás: ...................................................,....................................................

4.2. A szakértői vélemény érvényességi ideje: 20..... év......................... hó .... nap

5. Dátum: ................................................

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

a szakértő/szakorvos aláírása

6. *Megjegyzések:*

6.1. A nyomtatvány 2. pontja kizárólag 6 éven aluli gyermek esetén töltendő ki!

6.2. Kérjük, jelölje a megfelelő választ X-szel vagy aláhúzással, illetve szíveskedjen a hiányzó adatokkal a nyomtatványt kitölteni! ”