

## ORVOSI BEUTALÓ

az orvosszakértői szerv szakértői bizottságához, 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:
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

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 az OEP illetékes felülvéleményező főorvosával is véleményeztesse a beteget!

**Az OEP ellenőrző vagy felülvéleményező főorvosának véleménye**

”