

Szolgáltató NEAK kódja:

Elrendelő lap sorszáma: .....

## SZAKÁPOLÁSI ELRENDELŐ LAP

Otthoni szakápolást végző szolgáltató neve: .....  
 címe: .....

A beteg neve: .....  
 lakóhelye : .....  
 telefonszáma: .....  
 Társadalombiztosítási azonosító jele:   
 születési adatai: .....

Fekvőbeteg-intézeti ápolást kiváltó diagnózis (BNO-10)\*   
 Kórházi kezelés időtartama: ..... -tól ..... -ig\*

Szakápolás elrendelés dátuma: .....  
 A beteg szakápolásba vételének dátuma: .....  
 Meghosszabbítás esetén az első szakápolásba vétel dátuma: .....  
 Hányadik „folyamatos elrendelés”

Alapbetegség (BNO-10)   
 Kísérőbetegség(ek), szövődmény(ek) (BNO-10)   
 Szakápolás elrendelését indokló diagnózis (BNO-10)   
 Ellátást befolyásoló tényezők (Z00-Z99)

Elrendelt vizitek (1 elrendelésnél maximum 14)   
 Gyakorisága: .....

Az ellátás típusa:  szakápolás  
 szakirányú terápiás szolgáltatás  
 gyógytorna  fizioterápia  logopédia  
 A beteg állapota:  teljes ápolásra szoruló beteg  részleges ápolásra szoruló beteg  önellátó beteg  
 Az orvos szakápolásra vonatkozó elrendelése a 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet 1. számú melléklete szerint ellátható tevékenységből.  
 (A megfelelőt kérjük X-szel megjelölni.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.

Elrendelést javasló orvos neve: ..... Pecsét száma: .....  
 Elrendelő orvos neve\*\* : ..... Pecsét száma: .....  
 A háziiorvosi szolgálat kódja:   
 Dátum: .....év.....hó.....nap  

P. H.  
 .....  
 aláírás

Az otthoni szakápolást elfogadom és egyben kijelentem, hogy más szolgáltatótól térítésmentesen szakápolást nem veszek igénybe.  
 Tudomásul veszem, hogy 1 térítésmentes vizit 3 óránál hosszabb nem lehet.  
 Dátum:.....év ..... hó ..... nap .....  

beteg/törvényes képviselő aláírása

\* Adatai a jelenlegi ellátást indokló diagnózis miatti utolsó kórházi kezelésre vonatkoznak.  
 \*\* Kiegészítése minden esetben kötelező.