

Beutaló*

**fekvőbeteg-gyógyintézetbe, felülvéleményezésre a Fővárosi Bizottsághoz,
az Országos Orvosszakértői Intézet Orvosi Bizottságához****

Név: _____ Szül. idő: _____

Lakcím: _____

Foglalkozás: _____ Munkakör: _____

Előző betegség(ek) (dg.):

Jelen betegsége miatt milyen therápiában részesült, két éven belül volt-e keresőképtelen állományban?
(Időpont megjelölése):

Jelen panasz(ok):

Jelen betegség(ek) (dg.): _____

--	--	--	--

A beutalás indoka:

--	--	--	--

Jelen állapot:

Testsúly: _____ Testmagasság: _____

Hőmérséklet: _____ Pulsus: _____

Vérnyomás: _____

Bőr és látható nyálkahártyák:

Végtagok, visszerek:

Oedema:

Pajzsmirigy:

Emlők:

Egyéb:

*Életveszély, sürgősség esetén csak a személyi adatokat, a beutalás okát, az alkalmazott therápiát kell feltüntetni. A tüdőgondozó a pulmonológiai betegek beutalásakor a rendszeresített betétlapot csatolja.

Mellkas (tüdők, rekeszek, szívhangok, egyéb):

Has (máj, lép, egyéb):

Mozgásszervek (gerinc, végtagizületek, egyéb):

Idegrendszer (agyidegek, reflexek, kóros reflexek stb.):

Egyéb:

Vizsgálatok, leletek [szakorvosi lelet, kórházi zárójelentés(ek) csatolandó(k)]:

- rtg.

- laboratórium

- egyéb

Pszichiátriai osztályra történő beutalás esetén töltendő ki:

1. Az észlelt pszichopatológiai jelenségek, vagy egyéb rendellenességek leírása, amely alapján az orvos a betegséget megállapította és a beutalást szükségesnek tartja, (betegségtudatra, esetleg konfliktushelyzetre stb. utaló megjegyzések):

2. A betegről kialakult összefoglaló orvosi vélemény (együtműködési készség, gyógykezelésre vonatkozó utasítások betartása, fizikai terhelhetőség, veszélyeztetett állapot stb.):

Beutaló orvos pecsét száma: _____ Beutaló rendelő azonosító: _____

Ellátás tényét igazoló adat (naplósorszám) : _____

20____ év _____ hó _____ nap.

P.H

a beutaló orvos aláírása

**A fekvőbeteg-gyógyintézet, a Fővárosi Bizottság, az Országos Orvosszakértő
Intézet Orvosi Bizottsága véleménye:***

1. Szakvélemény (jelen állapot, diagnózis):

2. Javaslat(ok) a további terápiára, rehabilitációra:

3. Vélemény: Keresőképes: _____
Keresőképtelen: _____

Orvos pecsétszáma: _____ Rendelő azonosító: _____

Ellátás tényét igazoló adat (naplósorszám) : _____

20 ____ év _____ hó ____ nap.

P.H.

a kórházi orvos aláírása

a bizottság elnökének aláírása

**A fekvőbeteg-gyógyintézet csak az 1. és 2. pontot köteles kitölteni, abban az esetben, ha a beteg nem kerül felvételre.*