SZOCIÁLIS HÁLÓ EGYESÜLET
PÉCS
Központ: 7960 Sellye, Batthyány u. 4., Telefon: 73/580-018, Fax: 73/580-019 • Elnök: Brlas Andrea
Telephely: 7632 Pécs, Szövetség u.19., Telefon: 72/210-667, Fax: 72/510-307 • 7838 Vajszló, Batthyány u. 8.
www.szohe.hu • szohe@freemail.hu • Banksz.: 11731001-20143668 • Adószám: 18306703-1-02

Á 01/10
MSZ-EN ISO 9001:2009
REG.SZ.: HU/068/2007
NYILV. 02-0143-04
FAT: AL - 0341

Orvosi beutaló

A Szociális Háló Egyesület Árpádházi Szent Erzsébet Ápolási Intézetébe

Beteg neve…….. Születési idő: □□□□.□□.□□

Leánykori név:……..TAJ száma: □□□□□□□□□

Egészségi állapotra vonatkozó adatok:

1. Önellátásra képes-e:
   -igen, teljes egészében
   -igen, segítséggel
   -nem, de a szobában mozgásképes
   -nem, ágyban fekvő

2. Gyógyászati segédeszköz használatára szorul-e:
   -nem
   -igen, annak megnevezése:.....

3. Szenved–e fogyatékosságban:
   -nem
   -igen látás – hallás – mozgásszervi – értelmi
   (a megfelelő aláhúzandó)

4. Szenved-e krónikus betegségben: *igen* *nem*
   amennyiben igen, annak megnevezése: .....
   pszichiátriai betegségben, annak megnevezése:.....

5. Szenvedett-e egy hónapon belül fertőző betegségben: *igen* *nem*
   amennyiben igen, annak megnevezése: ……..……

6. Dohányzás: *igen* *nem* Alkoholfogyasztás: *igen* *nem*

7. Felvételét indokló diagnózis: BNO 10:

javasolt terápia: .....

.....

Napló sorzáma:……..

Beutaló háziorvos / szakorvos neve: .....

Pecsétszáma: □□□□□ Munkahelyének kódja: □□□□□□□□□

Dátum: …….év ……..hó …….nap

PH. .....

Beutaló orvos aláírása