



**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

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

Szolgáltató OEP kódja : **9014**

Elrendelő lap sorszáma: _____

SZAKÁPOLÁS ELRENDELŐ LAP

Otthoni szakápolást végző szolgáltató	neve: SZOCIÁLIS HÁLÓ EGYESÜLET címe: ld. fejléc
---------------------------------------	---

A beteg	neve:	
	lakóhelye:	
	telefonszáma:	
	Társadalombiztosítási azonosító jele:	<input type="text"/>
	Születési adatai: év hó nap	

Fekvőbeteg-intézeti ápolást indokló diagnózis (BNO-10.)*	<input type="text"/>
Kórházi kezelés időtartama:-tól.....ig	

Szakápolás elrendelés dátuma:	<input type="text"/>
A beteg szakápolásba vételének dátuma:	<input type="text"/>
Meghosszabbítás esetén az első szakápolásba vétel dátuma:	<input type="text"/>
Hányadik „folyamatos elrendelés”:	<input type="text"/>

Alapbetegség (BNO 10.)	<input type="text"/>
Kísérő betegség(ek), szövődmény(ek) (BNO-10.)	<input type="text"/>
Szakápolás elrendelését indokló diagnózis (BNO-10.)	<input type="text"/>
Ellátást befolyásoló tényezők (ZOO-Z99)	<input type="text"/>

Elrendelt vizitek száma(1 elrendelésnél maximum 14):	<input type="text"/>
Gyakorisága:.....	
A beteg ápolásáért felelős szakápoló neve:	

Az ellátás típusa:	<input type="checkbox"/> Szakápolás	
	<input type="checkbox"/> Szakirányú terápiás szolg.	gyógytorna: <input type="checkbox"/> fizioterápia: <input type="checkbox"/> logopédia: <input type="checkbox"/>
A beteg állapota:	<input type="checkbox"/> teljes ápolásra szoruló beteg	<input type="checkbox"/> részleges ápolásra szoruló beteg <input type="checkbox"/> 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.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Elrendelő orvos neve:..... Pecsét száma:

Javaslatot tevő orvos neve:..... Pecsét száma:.....

Háziorvos szolgálati kódja:

Intézeti azonosítója:

Dátum: év..... hó..... nap P.h.

az elrendelő orvos aláírása

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 aláírása

• Kitöltése minden esetben kötelező. Adatai: a jelenlegi ellátást igénylő diagnózis miatti utolsó kórházi kezelésre vonatkoznak.

ANTSZ engedély száma: XVIII. 373-9/2004