SZOCIÁLIS HÁLÓ EGYESÜLET

Székhely: 7960 Sellye, Batthyány u. 4. fszt.1., Telefon: 73/580-018, • Elnök: Brlas Andrea Krisztina
Telephely: 7624 Pécs, Őz u.5. fszt. 5.., Telefon: 72/210-667, Mobil 30 468 2971, 7838 Vajszló, Batthyány u. 8.
Honlap: www.szohe.hu • E-mail: szohe9@gmail.com • Banksz.: 11731001-20143668 • Adószám: 18306703-2-02

SZ 01
Szolgáltató NEAK kódja: 9014
Elrenderlő lap sorszáma:

SZAKÁPOLÁSI ELRENDELŐ LAP

Otthoni szakápolást végző szolgáltató	Szociális Háló Egyesület –Otthoni Szakápolási és Hospice Szolgálata címe: 7624 Pécs, Őz u. 5. fszt. 5.

A beteg neve: ……

Lakóhelye:..... ……..

Telefonszáma:..... ……

Társadalombiztosítási azonosító jele: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Születési adatai:.....hely …… év ..... hó ..... nap

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.) ☐☐☐☐☐

Kísérő betegség(ek), szövődmény(ek) (BNO -10.) ☐☐☐☐☐

Szakápolás elrendelését indokló diagnózis (BNO -10.) ☐☐☐☐☐

Ellátást befolyásoló tényezők (Z00 - Z99) ☐☐☐☐☐

Elrendelt vizitek és napok száma (otthoni szakápolás esetén 1 elrendelésnél maximum 14 vizit, otthoni hospice ellátás esetén 1 elrendelésnél maximun 50 nap): ☐☐

Gyakorisága: ……

A beteg ápolásáért felelős szakápoló neve:……

Az ellátás típusa:

☐ szakápolás

A beteg állapota:

☐ szakirányú terápiás szolgáltatás (gyógytorna ☐, fizioterápia ☐, logopédia ☐)

☐ teljes ápolásra szoruló beteg ☐ részleges ápolásra szoruló beteg ☐ önellátó beteg

Az orvos szakápolásra vonatkozó elrendelése a 20/1996.(VII.26.) NM rend. 1. számú melléklete szerint ellátható tevékenységből. (A megfelelőt kérjük X-el megjelölni!)

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

Elrendelést javasoló orvos neve:**…….. **Pecsét száma:** ……..

Elrendelő orvos neve: …….. **Pecsét száma**:……..…..

Az elrendelő orvos munkahelyének azonosítója:

Háziorvosi szolgálat kódja: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ vagy Intézet azonosítója: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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:……

SZOCIÁLIS HÁLÓ EGYESÜLET

Székhely: 7960 Sellye, Batthyány u. 4. fszt.1., Telefon: 73/580-018, • Elnök: Brlas Andrea Krisztina
Telephely: 7624 Pécs, Őz u.5. fszt. 5.., Telefon: 72/210-667, Mobil 30 468 2971, 7838 Vajszló, Batthyány u. 8.
Honlap: www.szohe.hu • E-mail: szohe9@gmail.com • Banksz.: 11731001-20143668 • Adószám: 18306703-2-02

SZ 01
Szolgáltató
NEAK kódja:
9014
Elrenderlő lap
sorszáma: