

SZAKÉRTŐI BIZOTTSÁGI VÉLEMÉNY IRÁNTI KÉRELEM

A kérelmező intézmény neve:

.....

A kérelmező intézmény címe:

.....település, irányító sz.

..... utca,.....hsz.,

Tel.:.....

Fax.:.....

E-mail cím:

Tisztelt Bizottság!

Kérem, hogy a.....nevű igénybe vevő

(Előző név, ha van:)

Születési hely:év:..... hó:..... nap:.....

Anyja neve:

TAJ szám:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Lakóhelyének címe:..... település

.....irányító sz., utca,.....hsz.

Ha nem lakóhelyén lakik,

akkor tartózkodási helyének címe:..... település

..... irányító sz., utca,hsz.

Ha intézményben (bentlakásos, átmeneti/ lakó- vagy gondozó otthonban él, annak pontos neve:

.....

címe:.....település irányító sz.

..... utca,.....hsz.

Az ellátott gondnokának /törvényes képviselőjének neve, elérhetősége:

neve.....

címe:.....irányító sz.,település

utca,.....hsz,.....

SZAKÉRTŐI BIZOTTSÁGI VÉLEMÉNY IRÁNTI KÉRELEM

☐

alapvizsgálatát

(fogyatékos személyek otthonában, illetve ápoló-gondozó célú lakóotthonában történő elhelyezésre kerülő nagykorú fogyatékos személyek),

☐

gondozási felülvizsgálatát

(az ápolást, gondozást nyújtó intézményben vagy ápoló-gondozó célú lakóotthonban vizsgált ellátott nagykorú fogyatékos személy, illetve BNO 10 kódkönyv F diagnóziskóddal rendelkező vizsgált ellátott),

☐

szociális foglalkoztatási alkalmassági vizsgálatát

☐

szociális foglalkoztatási alkalmassági felülvizsgálatát

(szociális foglalkoztatás keretében foglalkoztatni kívánt, illetve foglalkoztatott, nappali intézményben, ápolást, gondozást nyújtó intézményben vagy ápoló-gondozó célú lakóotthonban elhelyezésre kerülő, illetve elhelyezett vizsgált ellátott rehabilitációs alkalmassági vizsgálatára és felülvizsgálatára),

☐

átfogó rehabilitációs alkalmassági vizsgálatát

☐

átfogó rehabilitációs alkalmassági felülvizsgálatát

(rehabilitációs intézményben vagy rehabilitációs célú lakóotthonban elhelyezésre kerülő, illetve elhelyezett személy rehabilitációs alkalmassági vizsgálatára és felülvizsgálatára)

elvégezni szíveskedjenek¹!

Budapest, 20.....

MINTA

.....
intézményvezető

¹ Egyszerre több vizsgálat elvégzése is kérhető!

SZAKÉRTŐI BIZOTTSÁGI VÉLEMÉNY IRÁNTI KÉRELEM

ADATLAP AZ IGÉNYLŐ EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOTÁRÓL

a fogyatékos személyek alapvizsgálatáról, a rehabilitációs alkalmassági vizsgálatról, továbbá a szociális intézményekben vizsgált ellátott személyek állapotának felülvizsgálatáról

a 92/2008. (IV.23.) Korm. rendelet alapján

Az adatlapot a kezelőorvos tölti ki

Az Igénylő TAJ száma:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

I. (Minden esetben kitöltendő)

1. A vizsgált igénybe vevő egészségi állapotáról szóló orvosi, egészségügyi dokumentumok az adatlaphoz csatolandók (pl. zárójelentések, szakvélemények stb.)

1.1 Összefoglaló orvosi vélemény (fizikai, érzékszervi fogyatékoság, krónikus betegségek, gyógykezelés, utasítások, fizikai terhelhetőség, segédeszköz használata, veszélyeztetett állapot, stb.)

1.2 Részletes egészségi állapot, kiemelve az anatómiai és funkcionális károsodása(i)nak, fogyatékoságainak jellemzőit.

1.3 Jelenlegi orvosi kezelések (pl. gyógyszer) és azok hatékonysága, a krónikus betegség kórlefolyásának jellege (progresszió, stagnálás, regresszió stb.).

1.4 Egyéb egészségi problémái (pl. gyakori fejfájás, szédülés stb.).

1.6 Egyéb veszélyeztető (betegséget, fogyatékoságot, állapotromlást segítő) körülmények (pl. dohányzás, rossz táplálkozás, egészségtelen életmód, stb.).

1.7 A vizsgált ellátott állapotának javításához javasolt további orvosi terápia, rehabilitációs intézkedés.

2. Diagnosztizált fogyatékoság(ok) és krónikus betegség(ek):

2.1. Fogyatékoságok a megnevezése:

..... FNO /BNO kód:.....

..... FNO /BNO kód:.....

..... FNO /BNO kód:.....

2.2. Krónikus betegség(ek):

.....BNO kód:.....

.....BNO kód:.....

SZAKÉRTŐI BIZOTTSÁGI VÉLEMÉNY IRÁNTI KÉRELEM

2.2. Az alapkárosodáshoz társuló szövődmény betegségek:

.....BNO kód:észlelés időpontja:.....

.....BNO kód:észlelés időpontja:.....

.....BNO kód:észlelés időpontja:.....

2.3. Egyéb, az alapbetegségtől független betegségek, egészségügyi problémák:

.....BNO kód:észlelés időpontja:.....

.....BNO kód:észlelés időpontja:.....

.....BNO kód:észlelés időpontja:.....

3. Kórházi kezelések az elmúlt 2 év során:

kezdő időpont:	befejezés időpontja:	diagnózis:	BNO kód:
kezdő időpont:	a befejezés időpontja:	diagnózis:	BNO kód:

4. Lehetségesnek tartja-e a vizsgált ellátott:

- orvosi rehabilitációját,

☐

igen

☐

nem

- foglalkozási rehabilitációját,

☐

igen

☐

nem

- tartós foglalkoztatását,

☐

igen

☐

nem

Ha igen, ☐ saját munkakörében

☐ más munkakörben

5. Kérem, sorolja fel azokat az orvosi rehabilitációs programokat, amelyekben a vizsgált igénybe vevő korábban részt vett:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SZAKÉRTŐI BIZOTTSÁGI VÉLEMÉNY IRÁNTI KÉRELEM

6. Kérjük, nyilatkozzék arról, hogy a vizsgált ellátott rendelkezik-e a

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| - keresőképtelenség, | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| - a munkaképesség-változás, | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| - súlyosan fogyatékos állapot | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |

minősítéséhez szükséges dokumentumokkal

III. (Minden esetben kitöltendő)

a kiállító orvos neve:.....

a kiállító orvos munkahelyének neve:.....

a kiállító orvos címe:....., telefonszáma:.....

e-mail címe:

Kelt,évhónap

.....
a kezelőorvos aláírása, bélyegzőjének lenyomata, száma

SZAKÉRTŐI BIZOTTSÁGI VÉLEMÉNY IRÁNTI KÉRELEM

ADATLAP A VIZSGÁLT IGÉNYBE VEVŐ SZOCIÁLIS HELYZETÉRŐL

a fogyatékos személyek alapvizsgálatáról, a rehabilitációs alkalmassági vizsgálatról, továbbá a szociális intézményekben vizsgált ellátott személyek állapotának felülvizsgálatáról szóló 92/2008. (IV.23.) Korm. rendelet alapján

Az adatlapot a szociális munkás tölti ki.

Az Igénylő TAJ száma:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1.1 Mióta kap (ill. mely időponttól kaphat a jövőben) szociális ellátást a kérelmező szociális intézményben?

..... év.....hó.....nap

1. a. Volt-e az ellátott az elmúlt 2 évben a gyógypedagógiai szakértői vizsgálaton?

igen ☐

☐

nem tudja

nem ☐

☐

nincs adat

1.b. Volt-e egyéb, tanulási képességet, fejlesztési lehetőséget, fogyatékossgot, személyiség-, mentális állapotot mérő vizsgálaton (pl. autizmus-vizsgálaton, iskolai fejlesztés felmérő vizsgálaton, foglalkoztatást előkészítő vizsgálaton stb.)?

igen ☐

☐

nem tudja

nem ☐

☐

nincs adat

2. Az ellátott korábban részesült-e szociális intézményi ellátásban, alapszolgáltatásban? (Pl. nappali, bentlakásos ellátás, étkeztetés, házi gondozás stb.) (Az alapvizsgálat és átfogó rehabilitációs alkalmassági vizsgálat esetén töltendő ki.)

igen ☐

☐

nem tudja

nem ☐

☐

nincs adat

Ha részesült korábban természetbeni ellátásban, akkor ez

☐

alapszolgáltatás volt, vagy/és

☐

szakosított/bentlakásos ellátás

A szolgáltatások típusai:

.....

.....

SZAKÉRTŐI BIZOTTSÁGI VÉLEMÉNY IRÁNTI KÉRELEM

.....

A szolgáltatások igénybe vételének ideje és időtartama:

I.....

II.....

III.....

A következő kérdések Átfogó rehabilitációs alkalmassági vizsgálat és Szociális foglalkoztatási alkalmassági vizsgálat esetén töltendő ki!!!

3. A vizsgált ellátottnak volt-e korábban munkaviszonya?

igen ☐

Hol?

Milyen munkakörben?

Mennyi ideig állt alkalmazásban?

Napi hány órában állt alkalmazásban?

nem ☐

4. Rendelkezik-e a vizsgált ellátott természetes támogatókkal?

igen ☐

☐

házas társ

☐

nagykorú gyermek/gyermek

☐

szülők

☐

testvér/testvérek

☐

rokonok

☐

szomszédok

☐

barátok, közösség

☐

egyéb és pedig:

nem ☐

SAKÉRTŐI BIZOTTSÁGI VÉLEMÉNY IRÁNTI KÉRELEM

5. Mely területeken nem képes önálló életvitelre a vizsgált ellátott?

<input type="checkbox"/>	tisztálkodás	<input type="checkbox"/>	főzés
<input type="checkbox"/>	étkezés	<input type="checkbox"/>	mosás
<input type="checkbox"/>	illemhely használata	<input type="checkbox"/>	takarítás
<input type="checkbox"/>	lakáson belüli közlekedés	<input type="checkbox"/>	közlekedés
<input type="checkbox"/>	öltözködés	<input type="checkbox"/>	ügyintézés
<input type="checkbox"/>	bevásárlás		
<input type="checkbox"/>	egyéb, és pedig:.....		

6. A vizsgált igénybe vevő állapotának megítélése szociális szempontból – szociális diagnózis (az ellátás indoka, a vizsgált ellátott alkalmassága, szükségletei, javaslat az egyéni fejlesztési tervre, a természetes támaszrendszer bevonhatóságára stb.):

MINTA

SZAKÉRTŐI BIZOTTSÁGI VÉLEMÉNY IRÁNTI KÉRELEM

III. (Minden esetben kitöltendő)

a kiállító szociális munkás neve:.....

a kiállító szociális munkás munkahelyének neve:

.....

a kiállító címe:....., telefonszáma:.....

e-mail címe:

Kelt,évhónap

.....

a szociális munkás aláírása

MINTA