

Szolgáltató NEAK kódja:

Elrendelő lap sorszáma: .....

### SZAKÁPOLÁSI ELRENDELŐ LAP

Otthoni szakápolást végző szolgáltató neve: AVIAN Care Kft.  
címe: 1095 Budapest, Soroksári u 48

A beteg neve: .....  
lakóhelye: .....  
telefonszáma: .....  
Társadalombiztosítási azonosító jele:   
születési adatai: .....

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)   
Kísérőbetegség(ek), szövődmény(ek) (BNO-10)   
Szakápolás elrendelését indokló diagnózis (BNO-10)   
Ellátást befolyásoló tényezők (Z00-Z99)

Elrendelt vizitek (1 elrendelésnél maximum 14)   
Gyakorisága: .....

Az ellátás típusa:  szakápolás  
 szakirányú terápiás szolgáltatás  
 gyógytorna  fizioterápia  logopédia  
A beteg állapota:  teljes ápolásra szoruló beteg  részleges ápolásra szoruló beteg  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.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.

Elrendelést javasoló orvos neve: ..... Pecsét száma: .....  
Elrendelést orvos neve\*\*: ..... Pecsét száma: .....  
A házi orvos szolgálat kódja:   
Dátum: .....év .....hó .....nap  
P. H.  
Elrendelő orvos telefonszáma: .....  
alíírás

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

\* Adatai a jelenlegi ellátást indokló diagnózis miatti utolsó kórházi kezelésre vonatkoznak.

\*\* Kitöltése minden esetben kötelező.