

BONYHÁDI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET
Térítésköteles ellátások szabályzata

ORVOSI IGAZOLÁS/JAVASLAT
ÁPOLÁSI OSZTÁLYRA TÖRTÉNŐ FELVÉTELHEZ

AZ ELLÁTÁST IGÉNYLŐ ADATAI	
Név	
Születési név	
Születési hely, idő	
Anyja neve	
TAJ szám	
Lakcím	
Telefon/Mobil	
<u>ORVOSI IGAZOLÁS</u> Nyilatkozom, hogy fenti beteg kizárólag ápolási ellátást igényel, napi orvosi felügyeletre, ellátásra nincs szüksége. Kijelentem továbbá, hogy a beteg pszichiátriai ellátásra nem szorul, nem ön- és közveszélyes. orvosi aláírás	
Orvosi diagnózis és BNO kód:	
A beteg jelenleg beállított gyógyszerei és azok adagolása:	
Előjegyzett képalkotó diagnosztikai és / vagy kontroll vizsgálatok megnevezése és időpontja:	
Allergia (gyógyszer,étel,egyéb):	
AZ ELLÁTÁST IGÉNYLŐ JELEN STÁTUSZA	
Önellátási képesség: ☐ Teljesen önellátó, minimális ellátást igényel ☐ Részben önellátó, mérsékelt fokú ellátást igényel ☐ Részben önellátó, fokozott ellátást igényel ☐ Önellátás képtelen, teljes körű ellátást igényel	
A beteg időotthoni elhelyezése folyamatban van ☐ igen ☐ nem	
TUDATI ÁLLAPOT, TÁJÉKOZÓDÁS, MENTÁLIS PROBLÉMÁK	
Térítésköteles ellátások szabályzat melléklete Érvénybelépés ideje: 2023.07.01.	Oldalszám: 1/3 Verziószám: 01

BONYHÁDI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET

Tudati állapot: ☐ tiszta ☐ zavart ☐ aluszékony ☐ egyéb:.....	
Tájékozódás: ☐ Tájékozott ☐ Tájékozatlan: ☐ térben ☐ időben ☐ önmagát illetően	
Pszichiátriai megbetegedés:..... Menési készletés, kóborlási hajlam: ☐ nincs ☐ van Suicid hajlam: ☐ nincs ☐ van: Agresszivitás: ☐ nincs ☐ van Antiszociális viselkedés: ☐ nincs ☐ van:	
KÜLTAKARÓ	
Acut seb (műtéti seb, sérülés): Helye:..... Mérete: (hossz, átmérő, mélység)..... Váladékozás: ☐ nem / ☐ igen: ☐ savós ☐ haemo-serosus ☐ gennyes Váladék mennyisége: ☐ kevés ☐ közepes ☐ bőséges Krónikus, nehezen gyógyuló seb megnevezése (decubitus, lábszárfekély, stb.): Decubitus esetén annak stádiuma: ☐ I. ☐ II. ☐ III. ☐ IV. A seb mérete: Váladékozás. ☐ nem ☐ igen: ☐ savós ☐ haemo-serosus ☐ gennyes Váladék mennyisége: ☐ kevés ☐ közepes ☐ bőséges	
MOBILITÁS	
Mozcás: ☐ nem korlátozott ☐ korlátozott ☐ immobil ☐ izületi kontraktura:..... ☐ Segédeszközzel:	
TÁPLÁLÁS, FOLYADÉKBEVITEL	
Testsúly:...../kg Étrend: ☐ normál ☐ diéta:.....	
ÜRÍTÉS	
Széklet: ☐ normál, rendszeres ☐ obstipatio ☐ diarrhoea ☐ hashajtó: ☐ egyéb:.....	
Vizelet: ☐ normál, rendszeres ☐ retentio ☐ gyakori vizezés ☐ egyéb:..... ☐ inkontinencia	

BONYHÁDI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET

(típusa):.....	
..... Segédeszköz: ☐ betét ☐ pelenka ☐ állandó katéter	
(behelyezés dátuma):.....	
FERTŐZÉS	
Anamnézisben MRK hordozás szerepel-e? ☐ nem ☐ igen, kórokozó	
megnevezése:..... MRK pozitív mintavétel ideje:	
..... Honnan származik a minta: ☐ haemocultura ☐ orr ☐ torok	
☐ vizelet ☐ széklet ☐ sebváladék ☐	
egyéb:.....	
..... A beteg MRK hordozó betegnek tekinthető? ☐ nem ☐ igen	
Elkülönítést igényel? ☐ igen ☐ nem	
Dekolonizációt igényel? ☐ igen ☐ nem	
A felvétel előtt közvetlen történt-e mikrobiológiai szűrővizsgálat? ☐ nem ☐ igen	
Mintavétel ideje:Váladék megnevezése:.....	
Eredménye:.....	
A felvétel előtti anamnézisben szerepel-e hasmenés? ☐ igen ☐ nem	
Jelenleg van-e hasmenése? ☐ nem ☐ igen,	
időtartama:.....(mióta?)	
Volt-e a betegnek Clostridium difficile irányában székletvizsgálata? ☐ igen ☐ nem	
Vizsgálat ideje és eredménye:.....	

Kelt:, 20.....év hónap nap

.....
Beutaló, illetve igazolást kiállító
Praxis/intézmény/osztály megnevezése
Intézmény/osztály kódja, pecsétje

.....
Beutaló orvos
(Név, pecsét, aláírás)