

2. számú melléklet a többszörösen módosított 164/1995. (XII.27.) Korm. rendelethez

Nyilvántartási sz.: _____

I. fokú orvosi szakvélemény

Név: _____

Szül. év, hó, nap:

Lakcím: _____

sám alatti kérelmező szakorvosi vizsgálatát a következők szerint végeztük el:

Diagnózis: _____
(latin és magyar megfelelője)

Állapot leírása (magyar nyelven)

1.) Jobb felső végtag: _____

2.) Bal felső végtag: _____

3.) Jobb alsó végtag: _____

4.) Bal alsó végtag: _____

5.) Törzs, gerincoszlop: _____

6.) Vázizomzat: _____

Alkalmazott segédeszközök _____

Közlekedőképesség minősítése (vizsgálat és szubjektív megítélés alapján)

Életvitelszerűen ágyhoz kötött fekvőbeteg és szállítása csak mentőjárművel biztosítható:

igen **nem**

a.) járás: képtelen (3) súlyosan nehezített (2) nehéz (1) normál (0)

b.) terhelhetőség: képtelen (3) súlyosan nehezített (2) nehéz (1) normál (0)

c.) jármű haszn.: képtelen (3) súlyosan nehezített (2) nehéz (1) normál (0)
(tömegközlekedés)

Érvényes gépjárművezető engedéllyel rendelkezik nem rendelkezik

Állapota: végleges változhat következő évben felülvizsgálandó

Állapota fennáll: _____ év _____ hó óta.

Dátum: _____

P.H.

házi orvos / szakértő

P.H.

a szakvéleményt kiállító orvos munkahelyének azonosító bélyegzője (fejbélyegző)

Alulírott, hozzájárulok ahhoz, hogy személyes adataimat (gyermekem adatait) a szakvélemény kiállítása, illetve annak véleményezése céljából kezeljék.

kérelmező

Figyelem!

Ezen orvosi szakvéleményben szereplő adatok helyességéért a többszörösen módosított 164/1995. (XII.27.) Korm. rendelet 20. § (5)-(7) bekezdései alapján a kiállító felel.

Kérjük, hogy a megfelelő választ így + vagy így X jelölje.