

4. Összefoglaló orvosi vélemény (együtműködési készség, gyógykezelésre vonatkozó utasítások betartása, fizikai terhelhetőség, járásképeség, segédeszköz használata, veszélyeztetett állapot stb.):

5. Kérjük, nyilatkozzon, hogy az igénylő rendelkezik-e a súlyos fogyatékos állapot minősítéséhez szükséges dokumentumokkal:

igen nem

6. Az igénylő vizsgálata

lakóhelyén, tartózkodási helyén a rehabilitációs szakértői szerv telephelyén

indokolt.

III. *A fogyatékoság jellege*

1. Az igénylő fogyatékoságának jellege

a) látási,

b) hallási,

c) értelmi,

d) a személyiség egészét érintő fejlődés átható zavara,

e) mozgásszervi,

f) halmozott, mert az igénylőnek az a)-e) pontban meghatározott fogyatékoságok közül legalább kettő fogyatékosága van,

g) halmozott, mert az igénylő hallássérült és emellett az a) vagy c) vagy d) pontban meghatározott fogyatékosága is van,

h) kromoszóma-rendellenesség.

2. Véleménye szerint az igénylő a súlyos fogyatékossgal összefüggésben mindennapi életvitele során a következőkben felsoroltak közül mely tevékenységekhez igényli rendszeresen más személyek közreműködését:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> bevásárlás, | <input type="checkbox"/> főzés, | <input type="checkbox"/> mosás, |
| <input type="checkbox"/> takarítás, | <input type="checkbox"/> közlekedés, | <input type="checkbox"/> mindennapos ügyintézés. |

3. Véleménye szerint az igénylő a súlyos fogyatékossgával összefüggésben önmaga ellátása során a következőkben a felsoroltak közül mely tevékenységekhez igényli más személy segítségét:

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> étkezés, | <input type="checkbox"/> tisztálkodás, | <input type="checkbox"/> öltözködés, |
| <input type="checkbox"/> illemhely használata, | <input type="checkbox"/> lakáson belüli közlekedés. | |

IV. A beutalót kiállító orvos adatai

A kiállító orvos neve:

Munkahelyének neve:

Munkahelyének címe: tel:

Mióta tartozik ellátási körébe az igénylő:

Kelt:, év hónap

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