**B./ JÁRÓBETEG - SZAKELLÁTÁS**

/a megfelelő aláhúzandó/

Rehabilitációs osztály ambulanciája,

Rehabilitációs szakorvosi rendelés és/vagy nem szakorvosi rendelés,

Orthetikai-prothetikai szakrendelés

 A rendelés neve: ………………………………………………………………………

címe: ……………………………………………………………………...

Tulajdonosa: ……………………………………………………………………………

Finanszírozója: …………………………………………………………………………

Az ambulancia/szakrendelés kódja ( NEAK kód): ...............................................

Progresszivitási szintje: \_\_\_\_ szint

**1./ NEAK szerződés szerint heti rend. óraszám:** **- szakorvosi: \_\_\_\_\_ óra/hét**

 **-**  **nem szakorvosi: \_\_\_\_\_ óra/hét**

 **fő óra/hét** **fő óra/hét**

- vez./fő/orvos \_\_\_\_ \_\_\_\_ - gyógytornász \_\_\_\_ \_\_\_\_

- orvos \_\_\_\_ \_\_\_\_ - gyógymasszőr \_\_\_\_ \_\_\_\_

- asszisztens \_\_\_\_ \_\_\_ - pszichológus \_\_\_\_ \_\_\_\_

- logopédus \_\_\_\_ \_\_\_\_ - fizikoterápiás assz. \_\_\_\_ \_\_\_\_

- ergoterapeuta \_\_\_\_ \_\_\_\_ - konduktor \_\_\_\_ \_\_\_\_

- gyógypedagógus \_\_\_\_ \_\_\_\_ - gyógytestnevelő \_\_\_\_ \_\_\_\_

- egyéb terapeuták \_\_\_\_ \_\_\_\_ - egyéb \_\_\_\_ \_\_\_\_

**2./ A vezető szakorvos/nem szakorvos**

 - alap szakképesítése (i): ........................................................................................

 - rehabilitációs szakorvos-e: igen nem

A beosztott orvosok közül a rehabilitációs szakorvosok száma: \_\_\_\_\_\_\_

**3./ Felírt elektromos kerekesszékek éves száma:** \_\_\_\_\_\_\_

**4./ Felírt művégtagok éves száma:** \_\_\_\_\_\_\_

**5./ Felírt 3 vagy 4 kerekű elektromos moped éves száma:** \_\_\_\_\_\_\_

**6./ Rehabilitációs szakrendelés/ambuláns betegforgalom adatai 2024-ben**:

1. **Orvos előtti megjelenések száma:**

A rendelésen megjelentek megoszlása az ellátás célja szerint:

- első ambuláns vizsgálatok száma: **\_\_\_\_\_**

- a kórházból már elbocsátott visszatérő betegek ellenőrző vizsgálata **/esetszám/**

 **/csak rehabilitációs osztály ambulanciája esetén töltendő ki/:** **\_\_\_\_\_**

- rendszeresen kezelésre bejárók esetszáma /csak az orvos előtti megjelenések

 tüntetendők fel/: **\_\_\_\_\_**

**Orvos előtti megjelenések /esetek/ éves száma összesen**: **\_\_\_\_\_**

(a 6. pontban felsoroltak összege)

1. **Nem orvos előtti megjelenések Esetszáma Beavatkozások száma**

Hidroterápia \_\_\_\_ Gyógytorna \_\_\_\_

Logopédia \_\_\_\_

Elektroterápia \_\_\_\_

Pszichológus \_\_\_\_

Ergoterápia \_\_\_\_

Egyéb kezelések \_\_\_\_

Megjegyzés: A fekvőbeteg osztályról érkező betegek kezelése nélkül.