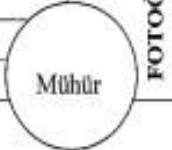


..... HASTANESİ
ÇOCUKLAR İÇİN ÖZEL GEREKSİNİM RAPORU (ÇÖZGER)

I. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı :	T.C. Kimlik No:	
Baba Adı :	Doğum Yeri/Yılı : /	
Anne Adı :	Yaşı : ay/yıl	
Müracaat Tarihi :	Rapor Tarihi :	
Rapor Numarası :	Başvuru Nedeni:	

II. MÜRACAT ŞEKLİ

Kurumsal Müracaat		Kişisel Müracaat	
<input type="radio"/> İlk Rapor	<input type="radio"/> İtiraz	<input type="radio"/> İlk Rapor	<input type="radio"/> İtiraz
<input type="radio"/> Kontrol Muayenesi		<input type="radio"/> Yenileme	

III. ÖZEL GEREKSİNİM ALANLARI(bedensel yapı, sistem, işlev, etkinlik,yaşama katılım kısıtlılıkları ve hastalıklar)

Özel gereksinim alanları	Bulgular, tetkikler, işlevler, etkinlikler ve yaşama katılımındaki kısıtlılıklar	Özel gereksinim Düzeyi*	ICD kodu ve tanı**
.....Sistem/Alan			
.....Sistem/Alan			
.....Sistem/Alan			
.....Sistem/Alan			
.....Sistem/Alan			
.....Sistem/Alan			
.....Sistem/Alan			
.....Sistem/Alan			

*Ek 2 de yer alan 23 alan/sistemden çocuk özel gereksinim değerlendirme yapılan alanlar seçilerek Ek 3 de yer alan Özel Gereksinim Düzeylerinden birisi yazılır.

**ICD kodu yoksa ya da raporda yer alması uygun değilse ÇÖZGER'e uygun terminoloji ile tanının açık adı yazılır.

IV. ÖZEL GEREKSİNİM DÜZEYİ :

A-alanındadüzeyinde özel gereksinimi vardır. <input type="radio"/>	B- Özel Gereksinimi Yoktur <input type="radio"/>
(En üst düzey özel gereksinim belirlenen alanı ve düzeyini yazılı olarak belirtiniz)	
C- RAPORUN SÜRESİ: _____ (Yazı ile yıl olarak yazınız. Sürekli ise "sürekli" yazarak belirtiniz.)	
D- Çalıştırılmayacağı işlerin niteliği	

V. ÇOCUĞUN İŞLEVLERİ, ETKİNLİKLERİ VE YAŞAMA KATILIMLARI İÇİN ÖNERİLEN ÖZEL GEREKSİNİMLER

Önerilen Özel Gereksinimler	VAR
1.Bilişsel işlevlerin desteklenmesi için rehabilitasyon/erken destek (müdahale) gereksinimi	
2.Fizyoterapi, ergoterapi, rehabilitasyon gereksinimi	
3.Cihaz, ortez, protez, tekerlekli sandalye ve diğer gereçlere gereksinimi	
4.Dil ve konuşma terapisi/rehabilitasyon gereksinimi	
5.İşitme işlev kısıtlılığı/kaybı için terapi/rehabilitasyon gereksinimi	
6.Görme işlev kısıtlılığı/kaybı için terapi/rehabilitasyon gereksinimi	
7.Otizm spektrum bozukluğu için terapi/rehabilitasyon gereksinimi	
8.Özgül öğrenme güçlüğü için terapi/rehabilitasyon gereksinimi	
9.Evde ya da hastanede rehabilitasyon gereksinimi	
10.Diğer (belirtiniz):	

* Kişinin elde edeceği sosyal haklar, hizmetler veya kazanımlar rapor dikkate alınarak ilgili kurumlara ayrıca belirtilir. Rapor, tek başına bu hakların verilmesi için dayanak teşkil etmez. İlgili mevzuata göre diğer şartlarında ayrıca sağlanması zorunludur.

VI. AÇIKLAMA:

--

VII. ONAY

Üye	Üye	Üye
Üye	Üye	Üye
Kurul Başkanı		
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Mühür </div>		

AÇIKLAMALAR:

- 1- Bölüm V'de bir organ ya da sistemi ilgilendiren özel gereksinim alanı için kurul, o gereksinim alanını ilgilendiren üç uzman bakım ile oluşturulabilir.
- 2- "Sürekli olarak tekerlekli sandalye veya sedye kullanması gerekir." vb. kişinin özel durumunu belirten açıklamalar belirtilmelidir.
- 3- Bu rapordan önceki raporlar süresine bakılmaksızın yapılacak yeni başvurular bakımından geçersizdir.