

TÉRÍTÉSI DÍJ ELLENÉBEN IGÉNYBE VEHETŐ  
EGÉSZSÉGÜGYI ÉS EGYÉB SZOLGÁLTATÁSOK SZABÁLYZAT

FÜGGELÉKEI

## TARTOZÁS ELISMERŐ NYILATKOZAT

Alulírott .....

(születési helye: ..... ország

ideje: ..... lakik: .....

ország, város, utca, szám, útlevél- vízumszám: .....

.....) elismerem, hogy ..... év ..... hó.....

napig (összesen ..... nap) a .....

..... fekvőbeteg gyógyintézetben  
gyógykezeléssel kapcsolatban felmerült .....Ft  
intézeti ápolási költséget / napidíjat / részleges térítési díjat / térítési díjat\* az intézetből történt távozásom  
alkalmával nem egyenlítetttem ki. A gyógykezeléssel kapcsolatban felmerült fenti forint – összeg  
tartozást elismerem, és kötelezem magam, hogy annak kiegyenlítéséről mielőbb gondoskodom.

Ellátás megnevezése: .....

A Soproni Gyógyközpontot megillető fenti tartozásomat a behajtásra illetékes szervek felszólítására  
– amennyiben ezt a felszólítás előtt még nem egyenlítetttem ki – feltétlenül megfizetem.

Egyben közlöm, hogy Magyarországon élő fizetőköteles hozzátartozóm adatai a következők:

Neve: ..... születési éve, helye: .....

..... pontos címe: .....

Dátum: .....

Aláírás: .....

Tanú: ..... Tanú: .....

Személyazonosságot igazoló okmány

Személyazonosságot igazoló okmány

.....

**ACKNOWLEDGEMENT**

Undersigned.....

/Place of birth: ..... country: Date of birth:.....

..... Dwelling place: .....:

/counqty, town, street, No./: Passport No.: .....

..... Visa No.: .....

Acknowledge that I underwent a medical treatment from ..... day

..... month ..... year up to

..... day ..... month ..... year/

total ..... Days/ in the Hospital .....

and that I have not settled my debit Forint .....concerning

the costs of my medical treatment and that of my nursing.

I acknowledge my above Forint debit as to my medical tratment and I provide for its settlement at my earliest convenience.

On the notice ofcompetent authorites in Hungary I will immediately settle my debit being due to the Hungarian State in case of my not settling it previously. At the same time I give hereunder the data of my relatives liable to pay:

Name: .....

Place and data of birth:.....

Adress: .....

Date: .....

Signature: .....

Wittness: ..... Wittness: .....

No. of the document proving the identity: No. of the document poving the identity

## Bestaetigung

Der/Die unterzeichnete .....

(Geburtsort: ..... Geburtsdatum:.....

Staedtige Anschrift: .....

.....  
/Land, Strasse, Hausnummer, Bankleitzahl, Stadt/ .....

.....  
/Name und Anschrift Ihren/Ihrer Versicherungsgesellschaft/.....

/Nummer Ihren/Ihrer Versicherung/ bestaetige dass ich vom ..... bis zum  
..... (Tag, Monat, Jahr) insgesamt ..... Tage in dem

..... Krankenhaus ..... (Stadt) unter  
Heilkur stand.

Anlaesslich meiner Entlassung aus dem Krankenhaus habe ich die Kosten meiner Heilkur und Pflege im  
Betraege von HUF ..... nicht beglichen.

**Ich anerkenne hiermit die Schulden meiner Heilkur und bestaetige, dass ich meine Schulden auf  
Aufforderung des mit Eintreibung beauftragten Sigma AG. (1387 Budapest, Ft. 43. Hungary) unbedingt  
bezahlen werde, falls ich diese Schulden nicht frueher beglichen hatte.**

Unterschrift:.....

Passport Nr.....

Zeuge:.....

Zeuge:.....

**FEKVŐBETEG KÜLFÖLDI ÁLLAMPOLGÁROK  
NYILVÁNTARTÓ ÉS ELSZÁMOLÓ  
LAPJA**

osztály

törzsszám

Bizonylatszám:

Felvétel	:	Távozás	:
1.	A beteg neve (leánykori neve)		
2.	Születési helye		
3.	Születési ideje Állampolgársága		
4.	Állandó lakása		
5.	Ideiglenes lakcím		
6.	A beteg útleveleszáma Magyarországi hozzátartozó neve: címe:		
7.	Beutaló diagnózis		
8.	Egyéb adatok:		
9.	Az intézeti felvételt sürgős szükség alapján engedélyezem: _____ osztályvezető főorvos Az intézeti felvételt engedélyezem, illetve jóváhagyom: _____ főigazgató		
10.*	Az ellátás jellege: Elsősegély                      Sürgős szükség                      Előre tervezett Az ápolás várható időtartama      nap A feltétlen szükséges mértékig ápoltuk _____ osztályvezető főorvos		
11.*	Díjtalan ellátásra      jogosult                      nem jogosult                      részben, a szükséges mértékig jogosult		
12.	A jogosultság jogcíme (egyezményszám, indoklás)		
13.	A biztosítást igazoló okmány száma:		

\* a jelölt rovat megfelelője aláhúzandó

**FEKVŐBETEG ELLÁTÁSI KÖLTSEÉG**

1.	<b>Normatív ápolási napon belüli ellátás:</b>		
	Ellátás megnevezése	HBCS	Egységár(HBCS/Ft*2)
			Fizetendő Ft
2.	<b>Normatív ápolási napon túli ellátás:</b>		
	Napok száma	Napi térítési díj	Fizetendő Ft
3.	<b>Krónikus/ Rehabilitáció ápolás :</b>		
	Napok száma:	Napi térítési díj	Fizetendő Ft
	Egyéb beavatkozások		Fizetendő Ft
	<b>Összesen:</b>		

4.	<p>Szállítási költség:</p> <p>Mentős aláírása:</p>
5.	<p>Dátum:</p> <p>Aláírás _____ osztályvezető főorvos</p> <p>Számfejtő _____</p> <p>Érvényesítő _____</p> <p>A díjtalan ellátást engedélyezem: _____ főigazgató</p> <p>Finanszírozás: _____ átvette (dátum, aláírás) _____ ellenőrizte _____</p>
6.	<p>Megjegyzés:</p>

**KÜLFÖLDI ÁLLAMPOLGÁROK ELSZÁMOLÁSI ÉS  
NYILVÁNTATÓ LAPJA - JÁRÓBETEGELLÁTÁS**

 SZERV:  
BIZONYLATSZÁM:

1.	A beteg neve:	napló szám:		
2.	Állampolgársága:	Útlevélszám:	Vízumszám:	
3.	Külföldi lakóhelye: ország: utca, hsz.:	helység:		
4.	Magyarországi tartózkodási hely:			
5.	A kezelés időtartama: -tól -ig			
6.	A beteg diagnózisa:			
7.	A beteg (fizetőköteles, részben, vagy egészben nem fizetőköteles):			
8.	<b>AZ ÁPOLÁSI KÖLTSÉG ELSZÁMOLÁSA</b>			
	<b>Az elvégzett beavatkozások megnevezése</b>	<b>Német pont</b>	<b>Egységár (Pont/Ft*2)</b>	<b>Fizetendő (Ft).</b>
	<b>Egyéb vizsgálatok</b>			<b>Fizetendő (Ft)</b>
	<b>Összesítés:</b>			
	Számlaszám:	Pénztár biz.sz.:		
	Érvényesítő:	Számfejtő:	Ellenőrizte:	
	<u>Az ellátás engedélyezése:</u>	Sürgős szükség fennállása alapján elláttam:		
				főorvos
		Az ellátást engedélyezem ill. jóváhagyom:		
				főigazgató
10	<u>A díjtalan ellátás engedélyezése:</u> A beteget a feltétlen szükséges mértékig ápoltuk fentiek szerint:			főorvos
	A díjtalan ellátást engedélyezem:			főigazgató
11	Dátum, aláírás: A kezelőorvos aláírása fizetőképes esetben:			
12	Megjegyzés:			

13	<b>A díjtalan betegellátás adatai:</b> Jogcím: Elsősegély Heveny megbetegedés ill. sürgős szükség - egyezmény  Az ellátás: jelentésköteles nem jelentésköteles A jelentés címettje: ig. szám: ig. kelt.:
14	<b><u>Szállítási díj részletezése:</u></b> Bizonylatszám: Menetlevél, számla száma: Ft/km Szállítási út/km: Egyéb díjak:  <b><u>Szállítási díj összesen:</u></b> Szállító megnevezése: Szállító aláírása
15	<b><u>Dátum, aláírás:</u></b> Engedélyezés, jóváhagyás: Számfejtő: Érvényesítő: Finanszírozási iroda: átvétel napja: Átvevő aláírása:  Ellenőrizte:



## ADATLAP TÉRÍTÉSKÖTELES ELLÁTÁSRÓL

### Az ellátási eset adatai \*:

Az ellátás helye (egység, szakrendelő):

Az ellátó orvos neve:

A beteg neve:

TAJ száma:

Születési ideje:

Helye:

Anyja neve:

Lakcíme:

Megállapodás száma, kelte:

Várható beavatkozások/ Elszámolási időszak	német pont/ súlyszám/nap (Ft értékx2)	Fizetendő térítési díj
Elvégzett beavatkozások/	német pont / súlyszám/nap (Ft értékx2)	Fizetendő térítési díj
<b>Különbség:</b>		

Alulírott ..... nyilatkozom arról, hogy a fent részletezett egészségügyi szolgáltatásokat igénybe kívánom venni, azok várható –előzetes díjszabását tudomásul veszem. Egyben kötelezettséget vállalok arra, hogy az intézetben felmerülő, esetleges tovább ápolási napok, vizsgálatok, beavatkozások alapján kialakuló végső számlát a távozás napján kiegyenlítem. Amennyiben fizetési kötelezettségemnek nem teszek eleget, úgy tudomásul veszem, hogy a nyilatkozatom alapján az Intézet bírósági végrehajtást indíthat, melyre a beteg vagy hozzátartozója aláveti magát a hatályos magyar jogszabályoknak, és a magyar hatóságok kizárólagos illetékességének.

Dátum: Sopron,

.....  
beteg vagy hozzátartozó aláírása

.....  
ellátó orvos (aláírás, pecsét)

Befizetés :

Pénztári biz.száma:

Kelte:

Számfejtő:

Ellenőrizte:

**KÖTELEZVÉNY**

az érvényes betegbiztosítási igazolvánnyal rendelkező  
**magyar állampolgárok részére**  
az igazolvány bemutatásának hiánya esetén

Tudomásul veszem, hogy a térítésmentes egészségügyi szolgáltatások 1992. július 1-től az érvényes betegbiztosítási igazolvány bemutatása alapján vehetők igénybe.

A nem biztosított magyar állampolgár az általa igénybevett szolgáltatásért térítési díjat fizet.

Az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele esetén biztosítási igazolvány bemutatása hiányában kötelezem magam az igazolvány **lehetőleg három napon belüli bemutatására**, ellenkező esetben az **ellátási díj befizetését vállalom**.

Ellátott neve:

Ellátó osztály:

Ambulancia:

Kelt: .....

.....  
egészségügyi ellátást igénybevevő



Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet • 9400 Sopron, Győri út 15. • Tel.: +36 99 514 200 • Fax: +36 99 514 250 • www.sopronigyogykozpont.hu

Igazgatóság  
igazgatosag@sopronigyogykozpont.hu

## HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

**Osztály neve:** \_\_\_\_\_

**OEP kód:** \_\_\_\_\_

Név:

Leánykori név:

Anyja neve:

Születési hely:

Születési idő:

Lakcím:

Hozzájárulok, hogy a Győr- Moson- Sopron Megyei Egészségbiztosítási Pénztár (9023. Győr, Szabolcska M. u.1/A) a fenti egészségügyi szolgáltató részére, egészségügyi szolgáltatás finanszírozásához szükséges teljesítményjelentés céljából, TAJ számomat kiadja.

Sopron, .....

\_\_\_\_\_  
az érintett beteg aláírása