

TÉRÍTÉSI DÍJ ELLENÉBEN IGÉNYBE VEHETŐ
EGÉSZSÉGÜGYI ÉS EGYÉB SZOLGÁLTATÁSOK SZABÁLYZAT

FÜGGELÉKEI

TARTOZÁS ELISMERŐ NYILATKOZAT

Alulírott
 (születési helye: ország
 ideje: lakik:
 adóazonosító jel:
 anyja neve:
 ország, város, utca, szám, útleveél- 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::

/county, 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 Forintconcerning

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:.....

Staedtliche 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

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

* a jelölt rovat megfelelője aláhúzandó

FEKVŐBETEG ELLÁTÁSI KÖLTSÉG

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

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

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

SZERV:
BIZONYLATSZÁM:

1.	A beteg neve:	napló szám:		
2.	Anyja neve:			
3.	Állampolgársága:	Útlevekszám:	Vízumszám:	
4.	Külföldi lakóhelye: ország:	helység:		
	utca, hsz.:			
5.	Magyarországi tartózkodási hely:			
6.	A kezelés időtartama: -tól -ig			
7.	A beteg diagnózisa:			
8.	A beteg (fizetőköteles, részben, vagy egészben nem fizetőköteles):			
9.	AZ ÁPOLÁSI KÖLTSÉG ELSZÁMOLÁSA			
	Az elvégzett beavatkozások megnevezése	Német pont	Egységár (Pont/Ft*2)	Fizetendő (Ft).
	Egyéb vizsgálatok			Fizetendő (Ft)
	Összesítés:			
	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 áptuk fentiek szerint:		főorvos	
	A díjtalan ellátást engedélyezem:		főigazgató	
11	Dátum, aláírás: A kezelőorvos aláírása fizetőképes esetben:			
12	Megjegyzés:			

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

Adóazonosító jel:

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
Különbség:		

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 megbiztosítási igazolvánnyal rendelkező

magyar állampolgárok részére

az igazolvány bemutatásának hiánya esetén

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

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

Az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele esetén megbiztosítási 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



HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Osztály neve: _____

NEAK kód: _____

Név:

Leánykori név:

Anyja neve:

Születési hely:

Születési idő:

Lakcím:

Adóazonosító jel:

Hozzájárulok, hogy a **Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő** (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