

TÉRÍTÉSI DÍJ ELLENÉBEN IGÉNYBE VEHETŐ
EGÉSZSÉGÜGYI ÉS EGYÉB SZOLGÁLTATÁSOK SZABÁLYZAT

FÜGGELÉKEI

TARTOZÁS ELISMERŐ NYILATKOZAT

Alulírott.....Születési név:.....
 (születési helye: ország
 ideje: lakik:.....
 adóazonosító jel:.....
 anyja neve:.....
 ország, város, utca, szám, útlevel- 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.....Birth name:.....

/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 treatment and I provide for its settlement at my earliest convenience.

On the notice of competent authorities 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:.....

Address:

Date:

Signature:

Witness: Witness:

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

Bestaetigung

Der/Die unterzeichnete.....Geburtsname.....

(Geburtsort: Geburtsdatum:.....

Staedige 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 früher beglichen hatte.

Unterschrift:.....

Passport Nr.....

Zeuge:.....

Zeuge:.....

**FEKVŐBETEG KÜLFÖLDI ÁLLAMPOLGÁROK
NYILVÁNTARTÓ ÉS ELSZÁMOLÓ
LAPJA**

osztály

törzsszám

Bizonylatszám:

Felvétel	:	Távozás	:
1.	A beteg neve (születési 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 aláhúzendő

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 Számfejtő _____ 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:	születési neve:	napló szám:
2.	Anyja neve:		
3.	Állampolgársága:	Útleveleszám:	Vízumszám:
4.	Külföldi lakóhelye: ország: utca, hsz.:	helység:	
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)
	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 fizetőképés esetben:		
12.	Megjegyzés:		

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

Születési 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

azon

magyar állampolgárok részére

**akik érvénytelen Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ kártya) rendelkeznek,
vagy érvényes TAJ kártyával rendelkeznek, de az igazolványukat az ellátás során nem tudják bemutatni.**

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

Tudomásul veszem, hogy érvénytelen betegbiztosításom esetén a jogosulatlanul igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költsége, valamint maga az elmaradt egészségügyi szolgáltatási járulék, adók módjára behajtandó köztartozásnak, azaz az adóhatóság által végrehajtható tartozásnak minősül.

Ellátott neve:

Ellátott születési neve:

Ellátó osztály:

Ambulancia:

Kelt:

.....
egészségügyi ellátást igénybevevő



HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Osztály neve: _____

NEAK kód: _____

Név:

Születési 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



Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet • 9400 Sopron, Várasi út 2. szám alatti telephely • Tel: + 36 99 508 463 • www.sopronigyogykozpont.h

Tisztelt Betegünk!

Szeretnénk tájékoztatni, hogy Intézményünk kardiológiai osztályai **emelt szintű elhelyezést nyújtó, 2 ágyas szobákkal is rendelkeznek** (fürdő+WC, erkély, LCD TV, hűtőszekrény stb.).

E szobák igénybevételét **2.000 Ft/éj/fő térítési díj befizetése** ellenében tudjuk biztosítani.

Elsőbbségi rehabilitációra ¹ (lásd. lent) érkező beteg ugyanezen szobákat 2 ágyas elhelyezésben 50%-os térítési díj mérsékléssel veheti igénybe.

Korlátozott számban egy ágyas elhelyezésre is van lehetőség 7000,-Ft/fő/éj áron. (Csak előre egyeztetve!)

Amennyiben **nem kíván élni** a fenti lehetőségekkel, úgy természetesen **térítésmentes elhelyezést** fogunk Önnek biztosítani az Intézet másik épület szárnyában, két-, illetve háromágyas (esetenként félkomfortos) betegszobában.

Kérjük a lap alján található nyilatkozat kitöltését és visszaküldését az alábbi címre:

Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet

Kardiológiai Rehabilitáció Koordinációs Iroda

9400 Sopron, Várasi út 2.

Telefon: +36 99/508-463 (***hívható munkanapokon 13-15 óra között***)

Köszönjük, hogy gyógyulása érdekében intézetünket kereste fel, és reméljük, hogy a közeljövőben sokat tehetünk egészségi állapot javítása érdekében.

Sopron,

Tisztelettel:

Soproni Erzsébet Oktató Kórház és

Rehabilitációs Intézet

----- < itt levágandó! > -----

Beutaló iktatószáma:

NYILATKOZAT

Alulírott(név).....(születési dátum).....(TAJ)

nyilatkozom, hogy a Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézetben történő gyógykezelésem során*

- emelt szintű szobában (2.000 Ft/éj/fő) kérem elhelyezésemet.
- emelt szintű szobában, 2 ágyas elhelyezés esetén elsőbbségi rehabilitáció okán (1.000 Ft/éj/fő) kérem elhelyezésemet.¹
- emelt szintű szobában 1 ágyas elhelyezést (7000,- Ft/éj/fő) kérek.
- térítésmentes szobában kérem az elhelyezésemet.
- hely felszabadulása esetén vállalom a soron kívüli behívást.

*a megfelelő(ke)t kérjük megjelölni!

Aláírással vállalom, hogy az általam megjelölt szolgáltatások díját a távozást megelőző munkanapon az Intézet pénztárába befizetem.

Dátum:

.....
aláírás

¹ **Akut kardiológiai osztály/szívsebészet** által a rehabilitációs osztállyal egyeztetett , a zárójelentésben meghatározott időpontban megkezdett elsőbbségi rehabilitáció okán érkező beteg esetén választható.