

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, 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:

Dátum:

Aláírás:

Tanú: Tanú:

Lakcíme:..... Lakcíme:.....

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.

Date:

Signature:

Witness: Witness:

Address:..... Address:.....

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
Betrag von HUF nicht beglichen.

**Ich anerkenne hiermit die Schulden meiner Heilkur und bestaetige, dass ich meine Schulden
unbedingt bezahlen werde.~**

Unterschrift:.....

Passport Nr.....

Zeuge:.....

Adresse:.....

ID/Passport-Nummer:.....

Zeuge:.....

Adresse:.....

ID/Passport-Nummer:.....

**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		
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 aláhúzendó

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:	Útlevekszám:	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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Az elvégzett beavatkozások megnevezése</th> <th>Német pont</th> <th>Egységár (Pont/Ft*2)</th> <th>Fizetendő (Ft).</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td colspan="3">Egyéb vizsgálatok</td> <td>Fizetendő (Ft)</td> </tr> <tr><td colspan="3"> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="3"> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="3"> </td><td> </td></tr> <tr> <td colspan="3">Összesítés:</td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Számlaszám:</td> <td colspan="2">Pénztár biz.sz.:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Érvényesítő:</td> <td>Számfejtő:</td> <td>Ellenőrizte:</td> </tr> </tbody> </table>			Az elvégzett beavatkozások megnevezése	Német pont	Egységár (Pont/Ft*2)	Fizetendő (Ft).																																													Egyéb vizsgálatok			Fizetendő (Ft)													Összesítés:				Számlaszám:		Pénztár biz.sz.:		Érvényesítő:		Számfejtő:	Ellenőrizte:
Az elvégzett beavatkozások megnevezése	Német pont	Egységár (Pont/Ft*2)	Fizetendő (Ft).																																																																												
Egyéb vizsgálatok			Fizetendő (Ft)																																																																												
Összesítés:																																																																															
Számlaszám:		Pénztár biz.sz.:																																																																													
Érvényesítő:		Számfejtő:	Ellenőrizte:																																																																												
	Az ellátás engedélyezése: Sürgős szükség fennállása alapján elláttam: főorvos Az ellátást engedélyezem ill. jóváhagyom: főigazgató																																																																														
10	A díjtalan ellátás engedélyezése: 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:																																																																														

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.szám:

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 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 **három munkanapon 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, Várisi 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 **3.000 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 **10.000,-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, Várisi 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 állapota 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 (3.000 Ft/éj/fő) kérem elhelyezésemet.
- ☐ emelt szintű szobában, 2 ágyas elhelyezés esetén elsőbbségi rehabilitáció okán (1.500 Ft/éj/fő) kérem elhelyezésemet.¹
- ☐ emelt szintű szobában 1 ágyas elhelyezést (10.000,- 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:

.....
aláírás¹

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

NYILATKOZAT TÉRÍTÉSI DÍJ BEFIZETÉSÉRŐL ÉS AZ OSZTÁLY MŰKÖDÉSI RENDJÉNEK ELFOGADÁSÁRÓL

Krónikus Belgyógyászati Osztályra történő áthelyezések

Költségvállaló adatai:

Név:	Szül. hely, idő:
Anyja neve	Lakcím:
Telefonszám:	Szig.sz.:
TAJ szám:	Bankszámla szám:

Mint ellátást igénylő/vagy a térítési díjat megfizető hozzátartozó nyilatkozom, hogy:

(Ellátást igénybevevő adatai)

Név:	Szül. hely, idő:
Anyja neve:	Lakcím:
Szig.sz.:	TAJ szám:

részére a Soproni Gyógyközpont Krónikus Belgyógyászati Osztályára áthelyezést kérek.

Ellátás kezdete: 20 év hónap napjától .

Tudomásul veszem, hogy a Belgyógyászati Krónikus Osztály **átmeneti ellátást (max.: 90 nap)** biztosít. Ha a beteg állapota napi orvosi felügyeletet/ellátást nem igényel, úgy az intézmény elhagyásáról a beteg maga, vagy hozzátartozója útján gondoskodik.

Javasolt az itt tartózkodás alatt a beteg állapotáról a kezelőorvossal konzultálni, egyéb ügyekben a szociális munkatársakkal.

Aláírással vállalom, hogy a Krónikus Belgyógyászati Osztályon történő elhelyezés 30 napon túli „Térítési szabályzatban” rögzített, aktuálisan ránk vonatkozó díját számla ellenében **havonta, előre** csekken, vagy átutalással befizetem (csekk és számlalevél postai úton érkezik). A számla kiadása előző hónap 20. napján történik.

Tudomásul veszem, hogy a Krónikus Belgyógyászati Osztály átmeneti orvosi ellátást biztosít, ezért az orvosi szempontból hazabocsátható betegek esetén a **30 napon túli gyógykezelés, csak és kizárólag idős otthoni elhelyezés iránt benyújtott kérelemről szóló igazolás bemutatása után** vehető igénybe. Amennyiben a beteg állapota a kezelőorvos javaslatára további gyógykezelést nem igényel úgy az intézmény elhagyásáról a beteg maga, vagy hozzátartozója gondoskodik, a **Ptk. rokontartásra, valamint a Családok védelméről szóló 2011. évi CCXI. törvény 14. §-ában** foglaltaknak megfelelően. Amennyiben jelen kötelezettségvállalásnak a hozzátartozó nem tesz eleget, úgy a Soproni Gyógyközpont a szükséges jogi lépéseket megteszi.

Belgyógyászati Krónikus Osztályon az elbocsátást követő naptól számított **hat hónapon belül történő ismételt felvétel esetén a megelőző ápolási napokat is** figyelembe kell venni.

Amennyiben bármilyen okból az egészségügyi szolgáltatás megszakad, úgy a fennmaradó összeget a Soproni Gyógyközpont az ellátást igénylő vagy a térítési díjat megfizető hozzátartozó részére visszaszolgáltatja, kivéve, ha az ellátott elhunyt, és maga fizette a térítési díjat. Ez esetben a túlfizetés hagyatékként kerül elkülönítésre és a hagyatékátadó végzés bemutatása után kifizetésre.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy adataim a valóságnak megfelelnek. Amennyiben bármely adatom tekintetében változás áll be, úgy arról a Belgyógyászati Krónikus Osztály szociális munkását az adatváltozásról **azonnal, de legkésőbb a változás bekövetkeztétől számított 3 napon belül tájékoztatom.**

Tisztelt Betegünk/Tisztelt Hozzá tartozó!

Tájékoztatjuk, hogy a Krónikus Belgyógyászati Osztályon az alábbi térítési díjak érvényesek:

Várisi úti Belgyógyászati Krónikus Osztályon*	
0-30 napig	térítésmentes
31. naptól	mindenkori térítési díjszabályzatnak megfelelően

*Az árak a járványügyi veszélyhelyzet idején ettől eltérhetnek.

Alulírott, tudomásul veszem, hogy ha hozzátartozóm (név)(szül. idő)állapota további krónikus belgyógyászati kezelést nem igényel, akkor idős otthoni kérelem nélkül a 30. napon, egyéb esetben a 90. napon kezelőorvosa, zárójelentéssel otthonába bocsájtja.

Kelt: Sopron, 20.....

.....
nyilatkozó aláírása

.....
kezelőorvos aláírása

Dr .Molnár Sándor PhD

főigazgató sk.

Ph.