

NYILATKOZAT EU ÁLLAMPOLGÁR TÉRÍTÉSMENTES ELLÁTÁSRA JOGOSULTSÁGÁRÓL

Alulírott Európai Unió állampolgár elismerem, hogy a Jászberényi Szent Erzsébet Kórházosztály/egységben kapott kezelést térítésmentesen vettem igénybe. A kezelés megkezdésekor és annak teljes időtartama alatt a térítésmentes egészségügyi ellátásra való jogosultságot nem tudtam igazolni. Ezért jelen nyilatkozatommal kötelezem magam arra, hogy 15 (tizenöt) naptári napon belül a térítésmentes ellátáshoz szükséges nyomtatványt, illetve biztosítási kártyát kitöltve személyesen, fax útján és/vagy ajánlott levélben is eljuttatom a Szent Erzsébet Kórház részére (Fax: 57/412-589, H- 5100 Jászberény, Szelei út 2.). Ugyanakkor tudomásul veszem, hogy a vállalt határidő lejárta után a kezelést nyújtó osztály/egység a költségek jogi úton történő behajtását kezdeményezi és az eljárás költségeit is rám terheli.

BETEGADATOK

Vezetéknév:.....
Utónév(1):.....
Utónév(2):.....
Születés helye:.....Születés ideje:.....
Anyja neve:
Ország:
Város:.....
Utca, házsám:

BIZTOSÍTÁSI ADATOK

Költségviselő:
Költségviselő címe:.....
Biztosítás kezdete:

Kelt, Jászberény, 20...év.....hó.....nap

Jelen okirat tartalmát az általam beszélt nyelven megismertem és megértettem. Az abban foglaltakért teljes mértékben felelősséget vállalok.

.....
beteg aláírása

Mellékletek: útlevel másolat, személyi igazolvány másolat, jogosítvány másolat (megfelelő rész aláhúzandó)

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. tanú..... 2. tanú.....

.....
(név, lakcím)

.....
(név, lakcím)

DECLARATION BY EU CITIZEN ON ELIGIBILITY TO FREE MEDICAL SERVICES

I, the undersigned citizen of the European Union, hereby acknowledge that free treatment was provided to me at the Ward/Unit of „Erzsébet” Hospital and Clinic. Neither at the beginning of, nor during, the treatment could I certify my eligibility to free medical services. Therefore, by this declaration, I undertake to send the form required for eligibility to free services or the completed insurance card through fax and by registered mail to the Ward/Unit of „Erzsébet” Hospital and Clinic, at which the services had been provided to me (Fax: +36/57/412-589, H-5100 Jászberény, Szelei út 2.), within fifteen (15) calendar days. At the same time I acknowledge that after the specified deadline expires the ward/unit providing the services will institute an action for the collection of the costs by legal means and that the costs of the procedure will be charged on me.

PATIENT INFORMATION

Family

name:.....

First name:

Middle name:

Place of birth: Date of birth:

Mother's name:.....

Country:

City/Town:

Street/House number:

INSURANCE INFORMATION

Bearer of costs:

Address of the bearer of costs:

Insurance valid from:

Contact data of the insurance administrator:

Dated at Jászberény, (day).....(month).....(year)

I have been informed of, and understood, the content of this document in the language I speak. I undertake full liability for its content.

.....

patient's signature

Enclosures: a copy of the passport, a copy of the identity card, a copy of the driving licence (to be underlined as applicable)

Before us as witnesses:

Witness 1:..... Witness 2:.....

.....

(name, address)

(name, address)

ÜBER DIE BERECHTIGUNG ZUR KOSTENLOSEN VERSORGUNG EINES STAATSANGEHÖRIGEN DER EU

Ich, unterzeichneter Staatsangehöriger der Europäischen Union, erkenne an, dass ich die auf der Station/in der Einheit des „Erzsébet“ Krankenhauses und Poliklinik Jászberény erhaltene Behandlung kostenlos in Anspruch genommen habe. Ich konnte bei Beginn der Behandlung und während ihrer ganzen Dauer die Berechtigung zur kostenlosen Versorgung durch das Gesundheitswesen nicht nachweisen. Deshalb verpflichte ich mich mit der vorliegenden Erklärung, dass ich innerhalb von 15 (fünfzehn) Tagen das zur kostenlosen Versorgung erforderliche Formular bzw. die Versicherungskarte ausgefüllt per Fax und auch im Einschreiben der die Versorgung leistenden Station/Einheit des „Erzsébet“ Krankenhauses und Poliklinik Jászberény (Fax: +36/57/412-589, H-5100 Jászberény, Szelei út 2.) zukommen lasse. Gleichzeitig nehme ich zur Kenntnis, dass die Station/Einheit, von der ich behandelt wurde, nach Ablauf der übernommenen Frist das Eintreiben der Kosten auf dem Rechtsweg in die Wege leitet und auch die Kosten des Verfahrens mir zu Lasten legt.

ANGABEN ZUM PATIENTEN/ZU DER PATIENTIN:

Familiename:

.....

Vorname (1):

Vorname (2):

Geburtsort:Geburtsdatum:

.....

Name der Mutter:

.....

Land:

Stadt:

Straße und Hausnummer:

.....

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG:

Kostenträger:

.....
Anschritt des Kostenträgers:

.....
Beginn der Versicherung:

Erreichbarkeit der Kontaktperson der Versicherung:

Jászberény, den 200.....

Den Inhalt des vorliegenden Schriftstücks habe ich in der von mir gesprochenen Sprache kennengelernt und verstanden. Für dessen Angaben hafte ich in vollem Umfang.

.....
Unterschrift des Patienten/der Patientin

Anlagen: Kopie des Reisepasses, Kopie des Personalausweises, Kopie des Führerscheins (der entsprechende Teil ist zu unterstreichen)

Vor uns als Zeugen:

1. Zeuge:
(Name und Wohnanschrift)

2. Zeuge:
(Name und Wohnanschrift)

5. számú melléklet

ELISMERVÉNY

Alulírott

.....
születési hely születési
idő.....

anyja neve:.....

lakcím.....

..... (ország, utca, házsám, irányítószám,
város)

(a biztosító neve és címe)

.....

(biztosítás száma)

.....
elismerem, hogytól.....ig (nap, hónap,
év)
összesen..... napot akórházban
..... (város) gyógykezelés alatt
álltam.

A kórházból való távozásom alkalmával a kezelési és ápolási költségeket a csatolt „ADATLAP” alapján nem térítettem meg.

Vállalom, hogy a 15 naptári napon belül a térítésmentes ellátáshoz szükséges nyomtatványt eljuttatom a Jászberényi Szent Erzsébet Kórház részére, illetve tudomásul veszem, hogy a vállalt határidő lejártá után a fenti összeget megfizetem a Jászberényi Szent Erzsébet Kórház számlaszámára (10045002-00333063). Amennyiben a fenti összeget határidőre nem fizetem meg, akkor a késedelem idejére évi 15%-os mértékű késedelmi kamatot is megfizetek.

.....
Szolgáltatást igénybevevő aláírása

.....
Útlevélszáma

Jászberény,év.....hó.....nap

.....
kezelőorvos aláírása P.H.

Készült: 2 pld-ban

1. 1 pld.: Pénzügyi-számviteli csoport
2. 2 pld.: Betegdokumentáció példánya

To Article 4.1 of the Regulations on Payment for Health Services

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT

I, the
undersigned,
(place of birth: date of
birth:)

address:.....
.....(country, street, house number, postcode, town)
(insurance company's name and address).....
(insurance policy number).....
acknowledge that from.....to.....(day, month, year),
a total ofdays, I received treatment at
.....(hospital's name, town).

Upon discharge from the hospital I did not pay for the received medical services based on the attached „DATA SHEET”.

Hereby I declare, that I pay the above mentioned amount of money as the cost of my medical treatment to the „Erzsébet” Hospital Jászberény (Hungary) via bank transfer in 15 days. (Account IBAN Nr: HU 10045002-00333063).

In case of default of payment, I have to pay additional 15% default interest for the delayed period.

.....
signature of the person receiving the services

.....
passport number

Dated at Jászberény, (day).....(month).....(year)

.....
attending physician's signature L.S.

TO BE COMPLETED IN 2 COPIES

- a) a copy to the Department of Finance
- b) a copy for the patient documentation

ANERKENNUNG

**zu Punkt 4.1 der Ordnung über die Erstattungskosten für die Leistungen
des Gesundheitswesens**

Ich, unterzeichnete/r

Geburtsort/ Geburtsdatum:

Wohnanschrift:

/Land, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Stadt/

(Name und Anschrift des Patienten/der Patientin)
(Nummer der Versicherung)
erkenne an, dass ich vom
bis zum (Tag, Monat und Jahr) insgesamt Tage im Krankenhaus
.....
(Stadt) unter Heilbehandlung gestanden habe.

Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus wurden die Behandlungs- und Pflegekosten aufgrund des beigeschlossenen "DATENBLATTES" nicht von mir erstattet.

Hiermit nehme ich auf mich als Obligation zu, dass ich die genannte Summe, auf das untenstehende Bankkonto des Krankenhauses nach der Unterzeichnung der Bestätigung innerhalb von 15 Tagen durch Überweisung ausgleiche.

(Bank IDNr.: HU 10045002-00333063)

Sollte ich die Überweisung fristgemäss nicht erfüllt haben, bin ich gezwungen, der Verspätung gemäss noch zu 15% Spätzinsen zu bezahlen.

.....
Unterschrift des/der die Leistungen in
Anspruch nehmenden Patienten/Patientin

.....
Reisepassnummer

Jászberény, den

.....
UNTERSCHRIFT DES BEHANDELNDEN ARZTES
Stempelabdruck

Erstellt in 2 Exemplaren

- 1 1 Exemplar: Abteilung Finanzwesen
- 1 1 Exemplar: Patientenunterlagen

7. számú melléklet

FELVILÁGOSÍTÁS
(az ellátás várható költségeiről)

Beteg

neve:.....

Születési idő:év.....hó.....nap

Anyja neve:

.....

Állampolgárság:

.....

Lakcím:.....

Dokumentum: (útlevél, személyi igazolvány, jogosítvány, biztosítási kártya).....

Tisztelt Betegünk!

A magyarországi biztosítással vagy államközi szerződéssel nem rendelkező betegek ellátásának költsége az érintett beteget, illetve annak biztosítóját terheli. A költség meghatározása a Kórház érvényben lévő Térítési díj szabályzatában foglaltak alapján történik.

Ennek megfelelően az Ön kezelésének várható költsége:..... HUF

Köszönjük, hogy kórházunkat megtisztelte bizalmával!

Jászberény,év.....hó.....nap

.....
felvilágosító orvos aláírása P.H.

A fentieket tudomásul vettem, a felajánlott kezelést elfogadom, az ellátásom során felmerülő költségek megfizetését vállalom vagy a térítésmentes ellátáshoz szükséges nyomtatványokat bemutatom.

.....
beteg aláírása

Kitöltendő 2 példányban

1 példány a beteg által ismert nyelven, a beteg példánya

1 példány magyarul, a betegdokumentáció része

INFORMATION
(on the estimated costs of the medical services)

Patient's name:

Date of birth:day.....month.....year

Mother's name:

Citizenship:

Address:

Document: (passport, identity card, driving licence, insurance card).....

Dear Patient,

The costs of medical services provided to patients having no insurance in Hungary or an interstate contract shall be borne by the patient or the patient's insurance company. The cost is calculated in accordance with the provisions of the Regulations on Payment for Health Services.

In accordance with the above the estimated cost of the medical services to be provided to You is HUF.....

Thank You for your confidence in our hospital!

Dated at Jászberény, ... (day).....(month).....(year)

..... L.S.
signature of the physician
providing the information

I acknowledge the above, I accept the offered treatment, I undertake to bear the costs to be incurred in the course of the services to be provided to me.

.....
signature of the patient

TO BE COMPLETED IN 2 COPIES

- c) a copy to the patient, in the language known by the patient
- d) a copy in Hungarian for the patient documentation

AUSKUNFT
(über die voraussichtlichen Kosten der Versorgung)

Name des Patienten/der Patientin:
Geburtsdatum (Tag, Monat und Jahr):
Name der Mutter:
Staatsangehörigkeit:
Dokument (Reisepass, Personalausweis, Führerschein, Versicherungskarte):

Werter Patient!/Werte Patientin!

Die Kosten für die Versorgung von in Ungarn über keine Versicherung oder keinen zwischenstaatlichen Vertrag verfügenden Patienten gehen zu Lasten des betroffenen Patienten bzw. seiner Versicherung. Die Festlegung der Kosten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des Krankenhauses in der gültigen "Ordnung über die Erstattungskosten für die Leistungen des Gesundheitswesens".

Dementsprechend betragen die voraussichtlichen Kosten für Ihre Behandlung:HUF

Vielen Dank dafür, dass Sie unser Krankenhaus mit Ihrem Vertrauen beehrt haben!

Jászberény,

.....
Unterschrift des die Auskünfte erteilenden Arztes
Stempelabdruck

Ich nehme die obigen Auskünfte zur Kenntnis und akzeptiere die angebotene Behandlung, weiterhin verpflichte ich mich zur Bezahlung der im Laufe meiner Versorgung aufkommenden Kosten.

.....
Unterschrift des Patienten/der Patientin

Auszufüllen in 2 Exemplaren

3. 1. Exemplar in der von dem Patienten/der Patientin gesprochenen Sprache, Exemplar des Patienten/der Patientin
4. 2. Exemplar in Ungarisch als Teil der Patientenunterlagen

ADATLAP

FIZETŐ FEKVŐBETEGEK ELLÁTÁSÁRÓL SZÁMLA KÉSZÍTÉSÉHEZ

A BETEG ADATAI:

Vezetéknév:.....

Keresztnév:

Születési idő:.....év.....hó.....nap

Anyja neve:

Személyi igazolvány/útlevel szám:
.....

Állampolgárság:.....

Lakcím:

Számlázási név és cím:.....

A beteget ellátó osztály neve:

Kódja:

1608.....

Felvétel ideje:.....év.....hó.....nap

Elbocsátás

ideje:.....év.....hó.....nap

Betegség HBCS

kódja:.....megnevezése:.....

Súlyszám:Aktív fekvőbeteg szakellátás

alapdíja:.....

Súlyszám Ft értéke:..... * aktuális fekvőbeteg szorzószám=

= aktív ellátásért fizetendő összeg:..... Ft

Krónikus/rehabilitációs szakellátás alapdíja:

Ápolási napok száma:..... * 1,2/2 * aktuális krónikus szorzószám=

= krónikus/rehabilitációs ellátásért fizetendő összeg: Ft

Fix összegű ellátás megnevezése:

.....
Fix összegű ellátás díja:

Ft

Kezelést végző orvos

neve:.....

Megjegyzés:

.....
.....
.
.....
.

Jászberény,év.....hó.....nap

.....
kezelőorvos aláírása P.H.

Besorolást ellenőrizte:

.....

20. számú melléklet

ADATLAP

FIZETŐ JÁRÓBETEGEK ELLÁTÁSÁRÓL SZÁMLA KÉSZÍTÉSÉHEZ

A BETEG ADATAI:

Vezetéknév:.....

.

Keresztnév:

.....

Születési idő:.....év.....hó.....nap

Anyja neve:

.....

Személyi igazolvány/útlevel szám:

.....

Állampolgárság:.....

.

Lakcím:

Számlázási név és cím:

A beteget ellátó

rendelés:

kódja:

1608.....

Ambuláns ellátás ideje:

.....év.....hó.....nap

Elvégzett tevékenységek (a diagnosztikai vizsgálatok is felsorolandók): OENO (WHO)

KódjaNevePontszám

értéke.....

.....
.
.....
.
.....
.
.....
.

Elvégzett tevékenységek összpontszáma:Járó pontforint

érték:.....

.....* aktuális járóbeteg szorzószám = járóbeteg ellátásért fizetendő

összeg:..... Ft

Fix összegű ellátás megnevezése:

.....

Fix összegű ellátás díja:

Ft

Kezelést végző orvos

neve:.....

Megjegyzés:

.....
.....
.....

Jászberény,év.....hó.....nap

.....
kezelőorvos aláírása P.H.

Besorolást ellenőrizte:

.....

ÁTVÉTELI ELISMERVÉNY

Aláírással igazolom, hogy a Jászberényi Szent Erzsébet Kórház tulajdonában lévő
..... típusú.....
..... gyári számú BIOPTRON – lámpát/Denzitométert/Légzésfigyelőt*
napján átvettem.
Az eszközt 20 év hó . napján visszaszolgáltatom.

Tudomásul veszem, hogy a BIOPTRON - készülék bérleti díja 1.000 Ft/nap, tehát
.....Ft bérleti díjat előre, az átvétel napján a Kórház pénztárában befizettem. A
befizetésről szóló bizonylatot az átadónak bemutattam.

Tudomásul veszem, hogy a Denzitométer - készülék bérleti díja 5.000 Ft/alkalom, mely
bérleti díjat előre, az átvétel napján a Kórház pénztárában befizettem. A befizetésről szóló
bizonylatot az átadónak bemutattam.

Tudomásul veszem, hogy a Légzésfigyelő - készülék bérleti díja 2.000 Ft/hó mely bérleti
díjat előre, az átvétel napján a Kórház pénztárában befizettem. A befizetésről szóló
bizonylatot az átadónak bemutattam.

Továbbá kötelezettséget vállalok arra, hogy megfizetem az eszköz nem rendeltetésszerű
használatából adódó károsodás, illetve a meghatározott bérleti időtartamot követő leadása
esetén, a tulajdonos által kiszámlázható 70.000 Ft –ot.

Átvevő adatai:

Név: _____

Anyja neve: _____

Születési hely, idő: _____

Szem.ig.szám: _____

Lakcím: _____

Telefonszám: _____

Jászberény, 2012.

Átvevő

Átadó

23. számú melléklet

ÁTVÉTELI ELISMERVÉNY

Aláírással igazolom, hogy a Jászberényi Szent Erzsébet Kórház tulajdonában lévő
..... típusú.....
..... gyári számú kórtermi felnőtt ágyat
.....év.....hónap.....napján átvettem.

Az eszközt év hó napján visszaszolgáltatom.

Tudomásul veszem, hogy a kórtermi felnőtt ágy bérleti díja 5.000 Ft/hónap, tehát
.....Ft bérleti díjat előre, az átvétel napján a Kórház pénztárában befizettem. A
befizetésről szóló bizonylatot az átadónak bemutattam.

Továbbá kötelezettséget vállalok arra, hogy megfizetem az eszköz nem
rendeltetésszerű használatából adódó károsodása, illetve a meghatározott bérleti időtartamot
követő leadása esetén, a tulajdonos által kiszámlázható, normál mechanikus ágy esetén
25.000 Ft-ot, elektromos gázrugós ágy esetén 70.000 Ft -ot.

Átvevő adatai:

Név: _____

Anyja neve: _____

Születési hely, idő: _____

Szem.ig.szám: _____

Lakcím: _____

Telefonszám: _____

Jászberény,

Átvevő

Átadó

24. számú melléklet

JÁSZBERÉNYI SZENT ERZSÉBET KÓRHÁZ

KEDVES BETEGÜNK!

Kórházunk kijelölt osztályain – egy-egy komfortos, vizesblokkal ellátott – külön szobát is tudunk biztosítani. Ezek a szobák – magasabb komfortfokozatú elhelyezésként – részleges térítési díj ellenében vehetők igénybe. Az aktuális térítési díjakat a Térítési Díj Szabályzat (a továbbiakban: Szabályzat) 18. melléklete tartalmazza.

Kérjük, olvassa el jelen tájékoztatót, és amennyiben ennek alapján igénybe kívánja venni a komfort szoba-szolgáltatásunkat, úgy szíveskedjék az alábbi nyomtatvány **I. Szolgáltatási szerződés** részét kitölteni és aláírni.

A szolgáltatás 50%-os kedvezményre jogosultak köre: a Kórház komfort szobáinak létesítése érdekében szerződés alapján adományt tevő, támogató magánszemélyek és gazdasági társaságok (vállalkozások) vezető tisztségviselői, valamint ezen személyek közeli hozzátartozói; Kórházunk alkalmazottai; továbbá a Csányi Alapítvány a Gyermekekért által támogatásban részesítettek. (Közeli hozzátartozó: a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér). Amennyiben ezek alapján méltányosságot kíván igénybe venni, kérjük, hogy töltsse ki a nyomtatvány **II. Nyilatkozat méltányosság igénybe vételére** részét. **Méltányosság érvényesítése (50% kedvezmény) esetén a komfort szoba igénybevételének szintén feltétele az I. Szolgáltatási szerződés kitöltése és aláírása.**

I. SZOLGÁLTATÁSI SZERZŐDÉS

Amelyet egyrészt a Jászberényi Szent Erzsébet Kórház (5100 Jászberény, Szelei út 2.),
mint

egészségügyi szolgáltató, másrészt

.....

(név, lakcím, SZIG szám), mint megrendelő kötöttek az alábbi helyen, időben és feltételek mellett.

1. Felek megállapítják, hogy a jelen szerződés tárgyát képező, magasabb komfortfokozatú elhelyezés (komfort szoba) nem tartozik a kötelező társadalombiztosítás által térítésmentesen garantált egészségügyi szolgáltatások körébe (lásd: 1997. évi LXXX. törvény), így a beteg, illetve hozzátartozója azt térítési díj ellenében veszi igénybe.
2. A komfort szobákban nyújtott szolgáltatásokat a Szabályzat tartalmazza.
3. A megrendelő tudomásul veszi, hogy jelen szerződés a magasabb komfortfokozatú elhelyezésen kívül, egyéb megkülönböztetett ellátásra, illetve soronkívüliségre nem jogosít.
4. A megrendelő térítésként a Szabályzat 18. mellékletében meghatározott díjat fizeti meg, amely a szobák felszereltsége alapján eltérő. Méltányosság érvényesítése esetén a fizetendő térítési díj: 50%. A beteget a kezelőorvos délelőtt 10 óráig az osztályról elbocsátja. Az elszámolás a komfort szobában töltött éjszakák alapján történik.
5. A térítési díjat a megrendelő a hazabocsátáskor a szolgáltató által kiállított számla ellenében készpénzben, bankkártyával vagy egészségkártyával fizeti meg.
6. Ha – alapos indok folytán – nem kerül sor a fentiek szerinti befizetésre, úgy a megrendelő kötelezi magát, hogy tartozását legkésőbb a távozást követő 8 napon belül kiegyenlíti.
7. A megrendelő tudomásul veszi, hogy a befizetés akár részbeni elmaradása esetén díjtartozása – a járulékos költségekkel növelten – vele szemben végrehajtásra, illetve érvényesítésre kerül.

Jászberény,

szolgáltató (Kórház)

megrendelő (beteg)

II. NYILATKOZAT MÉLTÁNYOSSÁG IGÉNYBE VÉTELÉRE

Alulírott.....

.....(név, lakcím, sz.ig.szám),

a Jászberényi Szent Erzsébet kórház által biztosított magasabb komfortfokozatú elhelyezést gyógykezelésem idejére igénybe kívánom venni. Tudomásul veszem, hogy a magasabb komfortfokozatú elhelyezés egyéb megkülönböztetett ellátásra, illetve soronkívüliségre nem jogosít.

- A) Az alábbi jogcímen kérem méltányosságból a térítési díj megfizetésének 50%-os mérséklését (ez esetben a komfort szoba igénybevételének feltétele az I. Szolgáltatási szerződés kitöltése és aláírása is!)

§ a Kórház alkalmazottja vagyok

- a Kórház komfort szobáinak létesítése érdekében szerződés alapján adományt tevő, támogató magánszemély, gazdasági társaság (vállalkozás) vezető tisztségviselője vagy ezen személy közeli hozzátartozója vagyok

§ a Csányi Alapítvány a Gyermekekért által támogatásban részesített vagyok

Figyelem! A nem kívánt részek törlendőek. A kedvezményre jogosító körülményeket (jogviszony, támogatott és hozzátartozói minőség) hitelt érdemlően igazolni kell.

Jászberény,

a közölt adatok a valóságnak megfelelnek

beteg (hozzátartozó)