



F-361 OBLIGATION

Undersigned:.....Tel.Number:.....
 Nationality:.....
 Place and Date of birth:.....
 Foreign address:.....
 Hungarian address:.....
 Passport number:.....

Data of medical treatment: I acknowledge that I have not settled the amount ofFt for healthcare services related to my inpatient care as well as for my outpatient/specialist care at the department from year month day until my discharge from the Institution. I acknowledge my outstanding debt in the amount stated above related to my medical treatment, and I commit to ensuring its settlement by the payment deadline (15 days) specified on the issued invoice. I will either make the payment to the account number **10023002-00324481-00000000** of the Institution or pay it at the main cashier's office of the Institution.

In the transaction reference please include the following: Social Security Number/Health Insurance Number, Outpatient Clinic/Department name, Passport Number, Reg. Number of this document.

Vác, year month day

.....
 Signature of the patient

I acknowledge that in the event of my failure to fulfill my payment obligation within the specified deadline, the hospital will enforce it through legal means (payment order procedure, lawsuit, or enforcement), with the amount increased by costs and late payment interest incurred by the debtor.

.....
 Signature of the payment obligor

Witness name:..... Witness name:.....
 ID Card number..... ID Card number:.....
 Address:..... Address:.....

Witness' signature:..... Witness' signature:.....



F-661 ELŐJEGYZÉSI / FELVÉTELI KÉRELEM

Váci Jávorszky Ödön Kórház Ápolási osztály/Krónikus Belgyógyászat
(2600 Vác, Argenti Döme tér 1-3)

AZ ELŐJEGYZÉST /FELVÉTELT IGÉNYLŐ ADATAI:

Név:	Telefonszám:
Lánykori név:	SZIG szám:
Anya neve:	TAJ:
Születési hely, idő:	
Állandó lakás:	
Tartózkodási hely:	

AZ ELŐJEGYZÉSI /FELVÉTELI KÉRELMET BENYÚJTÓ SZEMÉLY ADATAI (ha nem azonos a beteggel, továbbiakban Kérelmező)

Név:	
Születési hely, idő:	
Anya neve:	
Rokonsági fok/hozzátartozói státusz:	
Állandó lakás:	
Tartózkodási hely:	
Telefonszám:	E-mail:

Felvételi eljárás díja: 6000Ft

Térítési díj Krónikus Belgyógyászati osztályon a 284/1997. (XII.23.) kormányrendelet alapján: 800 Ft/ápolási nap.
Térítési díj Ápolási osztályon emelt komfort fokozattal: 3800 Ft/ápolási nap négyágyas szobában való elhelyezés esetén, vagy 4500 Ft/ápolási nap két ágyas szobában való elhelyezés esetén, vagy 5300 Ft/ápolási nap egy ágyas szobában való elhelyezés esetén.

Igényelt ápolási napok várható száma:

Tudomásul veszem, hogy érvényes szerződés, a felvételi eljárás és a tárgyhónapra esedékes ápolási díj befizetését igazoló bizonylat bemutatása nélkül a kórház az Ápolási Osztályra történő felvételt elutasíthatja, illetve megtagadhatja.

Tudomásul veszem, hogy a továbbiakban esedékes ápolási díjat legkésőbb minden tárgyhónap első munkanapjáig előre köteles az ellátott, illetve a hozzátartozó megfizetni.

Tudomásul veszem, hogy a felszámított ápolási díj – előre meghatározott időtartamra – csak a szerződésben rögzített szolgáltatásokat foglalja magában.

Vác,

.....
kérelmező

Az ellátást igénylő orvosi és ápolási dokumentumait áttekintettem. Az előjegyzési adatbázisban az igénylő adatai rögzítésre kerültek.

A felvétel várható időpontja: évhónap

.....
osztályvezető ápoló

**F-192 ELLÁTÁSI MEGÁLLAPODÁS****KRÓNIKUS BELGYÓGYÁSZAT**

Amely létrejött egyrészről a Váci Jávorszky Ödön Kórház (2600, Vác, Argenti Döme tér 1-3, adószám: 15395436-2-13), mint térítéses betegellátást biztosítani jogosult egészségügyi intézmény (továbbiakban Szolgáltató), másrészről a Kórházba ápoltként felvett:

Név:.....

Szem. ig. szám:.....

Anyja neve:.....

Lakcím:.....

Szül. hely, idő:.....

TAJ szám:.....

Elérhetőség:.....

(továbbiakban Ellátott), valamint

hozzátartozója /törvényes képviselője (gondnok, gyám)

Név:.....

Szem. ig. szám:.....

Anyja neve:.....

Lakcím:.....

Szül. hely, idő:.....

Elérhetőség:.....

(továbbiakban Hozzártartozó) között a Krónikus Belgyógyászati osztályon való ellátás tárgyában.

Jelen ellátási megállapodás alapján a szolgáltatás nyújtásának időtartama 30 nap, melynek meghosszabbítását az Ellátott vagy Hozzártartozó kezdeményezheti a megállapodás letelte előtt 5 nappal (2x30 nappal hosszabbítható).

A Kórház, mint a Nemzeti Népegészségügyi Központ által kiadott érvényes működési engedéllyel, illetve szakmai felelősségbiztosítással rendelkező egészségügyi szolgáltató ellátást nyújt az Ellátott számára:

a felvétel napján felvételi eljárási díjként 6000 Ft, azaz hatezer forint, az ellátás további időtartamára napi 800, azaz nyolcszáz forint ápolási (kiegészítő) térítési díj megfizetése ellenében, mely díj, mentes az ÁFA fizetési kötelezettség alól.

Az Ellátott/Hozzártartozó saját kezdeményezésre úgy nyilatkozik, hogy az Ellátottnak a Krónikus Belgyógyászati osztályon való elhelyezése napján előre befizeti a felvételi eljárási díját, valamint ápolási térítési díjat az intézeti házipénztárba.



Szolgáltató kötelezettséget vállal arra vonatkozóan, hogy az Ellátottat:

20....év.....hó.....naptól
20....év.....hó.....napig

.....Ft (fizetendő összeg)
ellenében az ápolásra vonatkozó mindenkor érvényes egészségügyi jogszabályok betartása mellett, -különös tekintettel a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 14.& (2) bekezdésében foglaltakra - a továbbiakban részletezett szolgáltatásban részesíti:

- Megteremti az ápoláshoz szükséges nyugodt, biztonságos, otthonos higiénés és fizikai környezetet.
- Biztosítja a beteg állapotának megfelelő részleges vagy teljes ápolást. Ennek megfelelően segíti az ellátott tisztálkodását, öltöztetését, étkeztetését, folyadékellátását, komfortérzetének lehetőség szerinti biztosítását.
- Mozgáskorlátozottság esetén segédkezik a szükséges mozgás, illetőleg mozgatási igények kielégítésében.
- Gondoskodik arról, hogy az ápolott a számára előírt étkezésben (előírt diétában) részesüljön.
- Biztosítja a kapcsolattartást a családdal, ismerősökkel (levél, telefon)
- Rendszeresen, hetente egy alkalommal, valamint sürgős szükség esetén haladéktalanul szakorvosi vizitet biztosít.

Amennyiben az Ellátott a saját ruhaneműjét használja, annak mosatásáról a Hozzá tartozó köteles gondoskodni.

A Szolgáltató köteles az Ellátott felvételétől az elbocsátásig bezáróan az Ellátott állapotára vonatkozó ápolási dokumentáció vezetésére.

A szolgáltató az Ellátott állapotáról a hozzátartozót igény szerint köteles tájékoztatni. Az Ellátott állapotától függően tájékoztatást a konzulens orvos vagy az osztályvezető ápoló adhat.

Az Ellátott köteles megfelelően együttműködni a szolgáltató szakszeméllyel az ápolás eredményessége érdekében.

A szolgáltató házirendjét az Ellátottnak be kell tartani.

A szolgáltató az Ellátott értéktárgyaiért felelősséget nem vállal, a központi értékmegőrzőben elhelyezett értékek kivételével.

Az Ellátott tudomásul veszi, hogy amennyiben az Ellátott egészségügyi állapotában olyan változás következik be, amely aktív fekvőbeteg gyógyintézeti ellátást igényel, az elhelyezésről az osztály intézkedik.

Jelen megállapodás megszűnik, ha:

- az Ellátottat a szolgáltató elbocsátja,
- az Ellátott elhalálozik,



- az Ellátott vagy a hozzátartozója kéri írásban,
- aktív fekvőbeteg gyógyintézeti ellátásra szorul,
- a fizetési kötelezettség nem teljesül,
- az Ellátott a házirendet súlyosan megsérti,
- a szerződésben megállapított idő eltelik.

A hozzátartozó tudomásul veszi, hogy jelen megállapodás megszűnésekor az Ellátott otthonába (állandó lakhelyére) vagy más intézménybe távozik, előzetes egyeztetés után.

Amennyiben az Ellátott az Ellátási Megállapodásban rögzítetthez képest hamarabb távozik az Krónikus Belgyógyászati osztályról, a befizetett többlet térítési díjat Szolgáltató Ellátott részére visszafizeti.

A térítési díj fizetésének elmulasztása esetén a megállapodást az intézet jogosult egyoldalúan felmondani és a térítési díj behajtásáról intézkedni.

Jelen megállapodást a Felek, mint akaratukkal mindenbe megegyezőt jóváhagyólag írják alá.

Vác,év.....hó.....nap.

.....
Ellátott/Hozzátartozó

.....
Krónikus Belgyógyászati osztályvezető

.....
Dr. Urbán Edina főigazgató
Szolgáltató képviselőjében

.....
Tölgyesi Andrea
Gazdasági igazgató
pénzügyi ellenjegyző



F-090 NYILATKOZAT ÁPOLÁSI OSZTÁLYON VALÓ ELHELYEZÉSRŐL

Alulírott:

Név:

Születési hely, idő:

Személyi ig. szám:

Lakcím:

Elérhetőség:

az alábbi nyilatkozatot teszem:

A Váci Jávorszky Ödön Kórház Ápolási osztályán kérésemre elhelyezett

Név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Személyi ig. szám/TAJ szám:.....

Lakcím:

Rokonsági fok:

hozzátartozóm ápolására kötelezett vagyok. Nyilatkozom arról, hogy a Kórház Ápolási osztályán nyújtott emelt szintű szolgáltatást hozzátartozóm számára igénybe kívánom venni. Tudomásul veszem, hogy a Kórház az Ápolási osztály keretén belül **20.....-.....-..... és 20.....-.....-..... között** hozzátartozóm számára a 60/2003. (X.20.) ESZCSM rendeletben rögzített minimumfeltételeket meghaladó ellátást biztosít, az alábbiak szerint: négy-, vagy két-, vagy egyágyas kórtermi elhelyezés közvetlen fürdőszoba eléréssel, lelki gondozás és szociális gondozó elérhetősége, valamint gyógymasszáz, gyógytornász, fizioterápia elérhetősége, internet hozzáférés,

és ezért az alábbi térítési díjat számolja fel, mely áll a felvételi eljárás egyszeri díjából, valamint az egy hónapos időtartamra eső napi ápolási díjból:

$1 \times 6000 \text{ Ft} + 29 \times 3800 \text{ Ft} = 116200 \text{ Ft}$ (négyágyas kórteremben való elhelyezés esetén), vagy

$1 \times 6000 \text{ Ft} + 29 \times 4500 \text{ Ft} = 136500 \text{ Ft}$ (kétágyas kórteremben való elhelyezés esetén), vagy

$1 \times 6000 \text{ Ft} + 29 \times 5300 \text{ Ft} = 159700 \text{ Ft}$ (egyágyas kórteremben való elhelyezés esetén).

Kérem hozzátartozóm ágyas kórtermi elhelyezését.

Tudomásul veszem, hogy a térítési díj Ft, melyet a szolgáltatás megkezdése előtt egy összegben, készpénzben a kórház Házipénztárába befizetek.

A 30 napos Ápolási osztályos ellátás után hozzátartozóm hazaszállításáról, vagy intézeti elhelyezéséről gondoskodom.

Vác, _____ év _____ hó _____ nap

Nyilatkozó aláírása

**F-519 ÁPOLÁSI OSZTÁLY****ELLÁTÁSI MEGÁLLAPODÁS EMELT KOMFORTFOKOZATÚ ELLÁTÁS
IBÉNYBEVLÉTELÉRE**

Amely létrejött egyrészről a Váci Jávorszky Ödön Kórház (2600 Vác, Argenti Döme tér 1-3., adószám: 15395436-2-13), mint térítéses betegellátást biztosítani jogosult egészségügyi intézmény (továbbiakban Szolgáltató).

Másrészről a kórházba ápoltként felvett:

Név:.....

Szem. ig. szám

Anyja neve:.....

Lakcím:.....

Szül. hely, idő :.....

TAJ szám:.....

Elérhetőség:

(továbbiakban Ellátott), valamint

Hozzá tartozója / törvényes képviselője (gondnok, gyám)

Név:.....

Szem. ig szám:.....

Anyja neve:.....

Lakcím:.....

Szül. hely, idő :.....

TAJ szám:.....

Elérhetőség:

(továbbiakban Hozzá tartozó) között az Ápolási osztályon való emelt komfortfokozatú ellátás tárgyában. A szolgáltatások azon tárgyi és személyi feltételeket biztosítják, amelyek meghaladják a 60/2003. (X.20.) ESZCSM rendelet szerinti minimumfeltételeket az alábbiak szerint:

négy-, vagy két-, vagy egyágyas kórtermi elhelyezés közvetlen fürdőszoba eléréssel,

lelki gondozás és szociális gondozó elérhetősége, valamint

gyógymasször, gyógytornász, fizioterápia elérhetősége,

internet hozzáférés.



Jelen ellátási megállapodás alapján a szolgáltatás nyújtásának időtartama 30 nap, melynek meghosszabbítását az Ellátott vagy Hozzártartozó kezdeményezheti a megállapodás letelte előtt 5 nappal (2x30 nap hosszabbítható).

Az Ellátott/Hozzártartozó külön igénye alapján a Kórház emelt komfortfokozatú ellátást nyújt az Ellátott számára.

a felvételre jelentkezéskor 6000 Ft, azaz hatezer forint, az ellátás időtartamára:
négy ágyas kórtermi elhelyezés esetén napi 3800 Ft, azaz háromezer nyolcszáz forint,
két ágyas kórtermi elhelyezés esetén nap 4500 Ft, azaz négyezer ötszáz forint,
egyágyas kórtermi elhelyezés esetén napi 5300 Ft, azaz ötezer háromszáz forint megfizetése ellenében.

A Hozzártartozó a térítési díjat az elhelyezés napján előre köteles befizetni a Kórház számára, a Kórház Házipénztárába.

Szolgáltató kötelezettséget vállal arra vonatkozóan, hogy az Ellátottat:

20....év.....hó.....naptól
20....év.....hó.....napig

.....Ft (fizetendő összeg) ellenében az ápolásra vonatkozó mindenkor érvényes egészségügyi jogszabályok betartása mellett – különös tekintettel a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 14.§ (2) bekezdésében foglaltakra - a továbbiakban részletezett szolgáltatásokban részesíti:

- Megteremti az ápoláshoz szükséges nyugodt, biztonságos, otthonos higiénés és fizikai környezetet.
- Biztosítja a beteg állapotának megfelelő részleges vagy teljes ápolást. Ennek megfelelően segíti az Ellátott tisztálkodását, öltöztetését, étkeztetését, folyadékellátását, komfortérzetének lehetőség szerinti biztosítását.
- Mozgáskorlátozottság esetén segítkezik a szükséges mozgás, illetőleg mozgatási igények kielégítésében.
- Gondoskodik arról, hogy az ápolott a számára előírt étkezésben (előírt diétában) részesüljön.
- Biztosítja a kapcsolattartást a családdal, ismerősökkel (levél, telefon).
- Rendszeresen, hetente egy alkalommal, valamint sürgős szükség esetén haladéktalanul szakorvosi vizitét biztosít.

Amennyiben az Ellátott a saját ruhaneműjét használja, annak mosatásáról a Hozzártartozó köteles gondoskodni.

A Szolgáltató köteles az Ellátott felvételétől az elbocsátásig bezáróan az Ellátott állapotára vonatkozó ápolási dokumentáció vezetésére.

A Szolgáltató az Ellátott állapotáról a Hozzártartozót igény szerint köteles tájékoztatni. Az Ellátott állapotától függően tájékoztatást a konzulens orvos vagy az osztályvezető ápoló adhat.

Az Ellátott köteles megfelelően együttműködni a Szolgáltató szakszeméllyel az ápolás eredményessége érdekében.

A Szolgáltató házirendjét az Ellátottnak be kell tartani.



A Szolgáltató az Ellátott értéktárgyaiért felelősséget nem vállal, a központi értékmegőrzőben elhelyezett értékek kivételével.

Az Ellátott tudomásul veszi, hogy amennyiben az Ellátott egészségügyi állapotában olyan változás következik be, amely aktív fekvőbeteg gyógyintézeti ellátást igényel, az elhelyezésről az osztály intézkedik.

Jelen megállapodás megszűnik, ha:

- az Ellátottat a Szolgáltató elbocsátja,
- az Ellátott elhalálozik,
- az Ellátott vagy a Hozzártartója kéri írásban, aktív fekvőbeteg gyógyintézeti ellátásra szorul,
- a fizetési kötelezettség nem teljesül,
- az Ellátott a házirendet súlyosan megsérti,
- a szerződésben megállapított idő eltelik.

A Hozzártartó tudomásul veszi, hogy jelen megállapodás megszűnésekor az Ellátott otthonába (állandó lakhelyére) vagy más intézménybe távozik, előzetes egyeztetés után.

Amennyiben az Ellátott az Ellátási megállapodásban rögzítetthez képeset hamarabb távozik az Ápolási osztályról, a befizetett többlet térítési díjat Szolgáltató Ellátott részére visszafizeti.

A térítési díj fizetésének elmulasztása esetén a megállapodást a Kórház jogosult egyoldalúan felmondani és a térítési díj behajtásáról intézkedni.

Jelen megállapodást a Felek, mint akaratukkal mindenbe megegyezőt jóváhagyólag írják alá.

Vác,év.....hó.....nap.

.....
Ellátott/Hozzártartó

.....
Ábrahám Róbertné
Ápolási osztályvezető főápoló

.....
Dr. Urbán Edina főigazgató
Szolgáltató képviselőjeként

.....
Bálványköviné Győri Éva
Gazdasági igazgató
pénzügyi ellenjegyző



Váci Jávorszky Ödön Kórház
Pénzügyi osztály
részére

F-413

Helvben

Tisztelt Pénzügyi osztály!

Igazoljuk, hogy szül.:.....
Lakik:.....
Anyja neve:.....Ápolási osztályon/Krónikus
Belgyógyászaton feküdt-tól-ig.
A nyilatkozat értelmében eddig befizetésre került ápolási díj:.....Ft
A fennmaradó ápolási díj nap x Ft, azaz:.....
.....Ft visszafizethető a beteg illetve az alábbi törvényes
képviselő vagy a beteg rendelkezése szerinti személy részére (megfelelő aláhúzendó).

Név:.....
Született:.....
Lakcím:.....
Szem. ig. szám:.....

1 példányt átvettem:

(beteg, meghatalmazottja vagy törvényes képviselője)

Vác,

.....
osztályvezető ápoló

**F-675 NYILATKOZAT TÉRÍTÉSES SZOBA IGÉNYBEVÉTELÉRŐL**

Beteg neve:

TAJ száma:

Térítéses szoba száma:

Alulírott nyilatkozom, hogy tudomásul veszem és távozáskor kifizetem a térítés szoba díját.

1 ágyas: 15.000- Ft/fő/nap. *

2 ágyas: 10.000- Ft/fő/nap. *

A VIP kórterem leltárában szereplő tárgyakat hiánytalanul átvettem:

.....
beteg aláírása

Vác,

.....
beteg.....
felvevő osztály

* A megfelelő rész aláhúzendó!



**F-684 LEJELENTŐ LAP TÉNYLEGES ÁPOLÁSI NAPOK SZÁMÁRÓL
(VIP BETEGSZOBA)**

Osztály:

Beteg neve:

Beteg TAJ száma:

Beteg születési helye, ideje:

Lakcím:

Tényleges, fizetendő ápolási napok száma: nap x Ft

Érkezés dátuma:

Távozás dátuma:

A VIP kórterem leltárában szereplő tárgyakat hiánytalanul átadtam:

.....
beteg aláírása

Kelt:

.....
ellátó orvos aláírása, pecsétje

**F-370 TÁJÉKOZTATÓ A HŰTÉSI DÍJAK LESZÁMLÁZÁSÁRÓL**

A Váci Jávorszky Ödön Kórház a halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról szóló 351/2013. (X.4.) kormányrendelet 38. §-ának megfelelően a halotthűtés díját a temetésre kötelezettnek leszámllázza.

A hűtési díj 4500 Ft/nap (ÁFÁ-val).

A számlázás/befizetés folyamata a következő:

A halottvizsgálati bizonyítvány kiállítását követő első munkanaptól a kórház leszámllázza a hűtési díjat, a jogszabály alapján az elhunyt eltemettetésére kötelezett számára, vagy az általa írásban meghatalmazott temetkezési vállalkozónak.

A hűtési díjról a számlát a Pénzügyi osztály állítja ki a Patológiai osztály tájékoztatása alapján.

A pénzügyi osztály által kiállított számlát az érintett a Pénztárban fizetheti be, hétfőtől-péntekig 9-12.30 óra között, pénteken 8-11.30 óra között.

Amennyiben pénztári nyitvatartási idő után tudja elvégezni az ügyintézés, az alábbiak szerinti kötelezvényt kell aláírni.

KÖTELEZVÉNY a halotthűtési díj megfizetésére

Név:

Cím:

elismerem, hogy a Jávorszky Ödön Kórház tájékoztatott a HALOTTHŰTÉSI DÍJ LESZÁMLÁZÁSÁRÓL. Az abban foglaltakat tudomásul vettem, és nyilatkozom, hogy a hűtési díjat a számla kézhezvételétől számított 2 munkanapon belül kiegyenlítem a Pénztárban.

Vác,

.....
temetésre kötelezett aláírása

Tanú 1.

Tanú 2.

Név:.....

Név:.....

Cím:.....

Cím:.....

Sz.ig.sz:.....

Sz.ig.sz:.....



F-369 A HŰTÉSI DÍJAK SZÁMÍTÁSA

Az elhunyt neve:.....

TAJ száma:.....

Temetésre kötelezett megnevezése:.....

Temetésre kötelezett címe:.....

Temetési engedély kiadásának időpontja:.....(év, hó, nap, óra)

A hűtőhelyiségből való eltávolítás időpontja:.....(év, hó, nap, óra)

A hűtőhelyiségben a hűtési szabályzat szerint eltöltött idő:.....db nap
(a halottvizsgálati bizonyítvány kiállítását követő első munkanaptól számolandó)A hűtésért ez alapján leszámítandó összeg:.....Ft
4500 Ft/nap (ÁFA-val)

A számla kiállítójának neve:.....

A számla kiállításának dátuma:.....

A számla száma:.....

Vác,

.....
aláírás (Pénzügyi osztály).....
aláírás (Patológia)



F-368 Kérelem egészségügyi dokumentációról történő másolat készítésére

1. A beteg saját dokumentációjáról kért másolat

Beteg adatai (2.pont esetében is kitöltendő)			
Név			
TAJ szám			
Személyazonosító okmány típusa, száma			
Születési hely, idő *			
Anyja neve *			
Lakcím			
Telefonszám/e-mail cím**			
A beteg nevében eljáró kérelmező esetében a kérelmező:			
Eljárási jogosultságának típusa: (a megfelelőt jelölje „x”-el)	a beteg által meghatalmazott <input type="checkbox"/>	törvényes képviselő <input type="checkbox"/>	cselekvőképtelen állapotú beteg nevében eljáró hozzátartozó. <input type="checkbox"/>
Neve			
Személyazonosító okmányának típusa, száma			
Lakcíme			
Telefonszáma/e-mail címe**			
<i>A kérelmező személyazonosító okmányát, az eljárási jogosultságot igazoló dokumentumot munkatársunk ellenőrizni fogja. A meghatalmazást kérjük a kérelemhez csatolni.</i>			

2. Nem a beteg által kért másolat (a beteg és a kérelmező személye nem azonos)

A másolat igénylésének célja a beteg/elhunyt beteg: - házastársa/élettársa, <input type="checkbox"/> - leszármazottja, <input type="checkbox"/> - egyeneságbeli rokona, <input type="checkbox"/> - testvére, <input type="checkbox"/>	életét, egészségét befolyásoló ok feltárása, ugyanezen személyek egészségügyi ellátása. <input type="checkbox"/>
	A kérelem rövid indoklása:
A másolat igénylésének célja az elhunyt beteg: - törvényes képviselőjének, <input type="checkbox"/> - közeli hozzátartozójának, <input type="checkbox"/> - örökösének <input type="checkbox"/>	az elhunyt halálának okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, ill. a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléseivel kapcsolatos adatainak megismerése. <input type="checkbox"/> (a megfelelőt kérjük jelölje „x”-el)
A kérelmező neve,	
lakcíme,	
személyazonosító típusa, száma,	
telefonszáma/e-mail címe **	
<i>A kérelmező személyazonosító okmányát munkatársunk ellenőrizni fogja.</i>	



* csak TAJ szám hiányában szükséges kitölteni

** nem kötelező kitölteni

3. A Váci Jávorszky Ödön Kórház osztályának/szakrendelésének neve, ill. az ellátás ideje (amennyiben ismert):

Osztály/szakrendelés neve:	
Ellátási ideje:	

4. A másolatni kívánt egészségügyi dokumentum megnevezése (kérjük jelölje „x”-el):

Zárójelentés	
Ambuláns lap	
Egyéb dokumentum (boncjegyzőkönyv, szövettan, rtg., CT lelet)	
Teljes egészségügyi dokumentáció	
Röntgen/CT képanyag hozott CD/DVD-re	
Születési óra és percre vonatkozó dokumentum (2005. évtől)	

Tudomásul veszem, hogy a saját egészségügyi dokumentumról kért első másolat díjmentes. Az összes további másolatokért a Kórház Térítésidej-szabályzata alapján térítési díjat számol fel. Jelenleg az egyszeri eljárási díj: bruttó 1.500 Ft, a másolás díja A/4-es oldalanként: bruttó 150 Ft. A pontos születési időpontra vonatkozó dokumentáció kiadási költsége: 5.000.- Ft (ÁFÁ-val). A térítési díj fizetésének módja készpénzes pénztári befizetés.

Kelt:
Beteg (kérelmező) aláírása

AZ INTÉZMÉNY TÖLTI KI:

A dokumentáció elkészítését és kiadását engedélyezem.

Megjegyzés:

Kelt:.....
Orvos igazgató aláírása

Kapja:.....

Tisztelt Pénzügy! Fenti kérelem alapján:

A másolat kiadása térítésmentes.	
A másolat kiadásának díja a kiadottdb. A/4 oldal és egyszeri eljárási díj alapján:Ft

A kért dokumentáció másolatait átvettem:

.....
Betegfelvétel

Aláírás.....
Dátum.....



Kitöltési útmutató

Az **1 pont** a beteg, illetve a kérelmező adatait tartalmazza, amennyiben nem azonos a beteggel. A kért adatok egyrészt az érintett személyek azonosítását, másrészt az egyszerűbb kapcsolat-tartást és hatékonyabb ügyintézését szolgálják (ezért kérjük, hogy lehetőség szerint adja meg telefonszámát is).

Az **1 pont** tartalmazza még a **kérelem jogalapját**. Abban az esetben kell a **megfelelő helyre „x”-et tenni, ha Ön a beteg nevében jár el. A beteg nevében** eljárhat:

- a) a beteg által meghatalmazott személy – az aláírt meghatalmazást kérjük csatolni a kérelemhez,
- b) a beteg törvényes képviselője – gondnokság, gyámság esetén szükséges a törvényes képviselőt elrendelő hatósági határozat számának feltüntetése,
- c) cselekvőképtelen beteg esetében (amikor a beteg nem képes meghatalmazást adni) az általa korábban, cselekvőképesség állapotában közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban tájékoztatásra jogosultként megnevezett személy. Ennek hiányában a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképesség

- házastársa vagy élettársa, ennek hiányában
- gyermek, ennek hiányában
- szülője, ennek hiányában
- testvére, ennek hiányában
- nagyszülője, ennek hiányában
- unokája;

A fentiek hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképesség

- gyermek, ennek hiányában
- szülője, ennek hiányában
- testvére, ennek hiányában
- nagyszülője, ennek hiányában
- unokája.

A **2. pont** azon speciális adatkérésekre vonatkozik, amelyek esetében **nem maga a beteg, hanem valamelyik hozzátartozó az adatkérő**. Elsőként az adatkérés célját, a rokonsági fokot kell megjelölni („x”-el), majd a kérelmező saját adatait tartalmazó táblázatot kitölteni. Ebben az esetben az 1. pont is kitöltendő a beteg/elhunyt beteg adataival.

A dokumentációmásolat akkor adható ki, ha a beteg/elhunyt beteg házastársának/élettársának, egyeneságbeli rokonának, testvérének van szüksége **az egészségügyi adataira, az illető vagy leszármazói életét, egészségét befolyásoló ok feltárása, illetve ugyanezen személyek egészségügyi ellátása céljából**, és az egészségügyi adat megismerése, az arra való következtetés más módon nem lehetséges (az adatkérést ebben az esetben kérjük röviden indokolja), **vagy**, ha a beteg elhunyt, és a másolat igénylésének célja, hogy a beteg törvényes képviselője, közeli hozzátartozója vagy örököse **a beteg halálának okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható egészségügyi adatokat**, továbbá **a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi adatokat** megismerhesse.

A **3. pontban** kérjük megadni az ellátás helyére és idejére vonatkozó adatokat, amennyiben ismertek.



A **4. pont** tartalmazza a megismerni/másoltatni kívánt dokumentumok körét. Kérjük „x”-el jelezni a kért dokumentumtípust.

Végül kérjük ne felejtse el a kérelmet ellátni keltezéssel és aláírással.



RENĐŐRKAPITÁNYSÁG.....

F-197

..... ALOSZT. ŐRS

Szám:...../20.....

.....

orvos részére

Kérem, hogy hivatalos megkeresésemre a 284/1997. (XII.23.) kormány rendelet alapján
véralkohol vizsgálathoz vérvételt eszközölni szíveskedjék.

A vizsgált személy neve:.....

Szül. helye, ideje:.....

Anyja neve:.....

Lakcíme:.....

Kelt:..... 20.....év.....hó.....nap

.....
intézkedő rendőr

A vérvételt 20.....év hónap elvégeztem.

A vérvétel díját, amely 4800 Ft, azaz négyezer nyolcszáz forint, kérem az általam később
megküldött számla szerint az ott feltüntetett átutalási betétszámlára átutalni szívesked-
jék.

P.H.

.....
vérvételt végző orvos



F-163 VIZSGÁLAT KÉRÉSE

Rendőrkapitányság:.....

A beteg neve:.....

Születési adatok:.....

Lakcím:.....

A kísérő rendőr neve:.....

A vizsgálat elvégzésének napja:.....

Kitöltendő két példányban a Pénzügyi Osztály részére!

Vác, 20.....év.....hó.....nap

.....
orvos aláírása



6.2 melléklet

Teljes térítési díjtételek

1. Fekvőbeteg ellátás térítési díjainak kiszámítása

Egy HBCs súlyszám aktuális országos alapdíja: 198000

Intézeti fekvőbeteg szorzószám: 2

Intézeti napi ellátási díj aktív fekvőbeteg szakellátás esetén: 6000

Aktuális krónikus napi alapidj: 6600 Ft

	NEAK által térített díj	Intézeti térítési díj
Aktív fekvő eset	HBCs súlyszám x 198000 Ft	NEAK ár x 2 + ápolási napok száma x 6000 Ft
Rehabilitációs ellátás	Ápolási napok száma x 6600 x 2,0	NEAK ár x 2
Pszichiátriai rehabilitáció	Ápolási napok száma x 6600 x 1,5	NEAK ár x 2
Krónikus pszichiátria	Ápolási napok száma x 6600 x 1,2	NEAK ár x 2
Krónikus belgyógyászat	Ápolási napok száma x 6600 x 1,2	NEAK ár x 2

2. Járóbeteg szakellátás térítési díjának kiszámítása

Országos járó pontforint érték: 1,98 Ft

Intézeti járóbeteg szorzószám: 3

NEAK által térített díj	Intézeti térítési díj
Elvégzett járóbeteg vizsgálat pontszáma x 1,98	NEAK ár x 3

Az egyes esetekre alkalmazott térítési díjakat (NEAK vagy intézeti) a Térítési díj szabályzatunk 5.4-es fejezetében részleteztük.



6.3 melléklet

Biztosított beteg részére részleges, kiegészítő térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások díja

A 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendeletben meghatározott egészségügyi szolgáltatások, az ott meghatározott díjak megfizetése mellett vehetők igénybe.

A 284/1997. Korm. rendelet 1. számú mellékletében részletezett, térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatások közül az alábbiak érhetők el kórházunkban:

Ápolási osztályon orvosi beutalás alapján történő elhelyezés és ápolás, illetve krónikus fekvőbeteg-ellátásban ápolási díjjal finanszírozott biztosított utáni kiegészítő térítési díj: 800 Ft/nap

A 284/1997. Korm. rendelet 2. számú mellékletében részletezett, térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatások közül az alábbiak érhetők el kórházunkban:

Alkohol szintjének kimutatása érdekében végzett vér- és vizeletvétel: 4800 Ft

A vizsgálatot az Sürgősségi Betegellátó Osztályon végzik, rendőrségi megkeresés alapján. A vizsgálat kéréséhez szükséges formanyomtatvány: F-193 Véralkohol vizsgálathoz vérvétel végzése, melyet az intézkedő rendőr tölt ki. Ezután az F-163-es formanyomtatványt kell kitöltenie az SBO adminisztrátor munkatársának annyiszor két példányban, ahányszor vérvétel vagy vizeletminta vétel történik. A nyomtatványokat a következő munkanapon a Pénzügyi osztály kapja meg további intézkedésre

Látlelet készítése és kiadása: 3500 Ft

Az ellátott a kórházi pénztárban befizeti a látlelet készítésének térítési díját, melyről számlát kap. E számlát bemutatja az őt ellátó egységben, ahol a dokumentáció alapján megtörténik a látlelet kiállítása és kiadása.

Mellkas-szűrővizsgálat (tüdőszűrés): 1700 Ft.

A 40 év alatti munkavállalók foglalkoztatásához szükséges évenkénti tüdőszűrés térítésköteles. A befizetés számla ellenében a kórházi pénztárban történik, annak nyitvatartási idején belül, azon túl a Tüdőgondozóban.

A foglalkoztathatóság szakvéleményezése:

- a. közfoglalkoztatási jogviszonyhoz szükséges szakvélemény esetén: 1900 Ft/fő/ eset
- b. büntetésként kiszabott közérdekű munka végrehajtásához szükséges szakvélemény esetén: 1900 Ft/fő/ eset
- c. az a. és b. pontban nem említett esetben: 3300 Ft/fő/ eset.

A szakvéleményt a foglalkozás egészségügyi szakrendelés adja ki a befizetést igazoló számla ellenében. Befizetés a kórházi pénztárban lehetséges számla ellenében.



6.4 melléklet

A kórház által meghatározott kiegészítő térítés mellett igénybe vehető szolgáltatások díja

Részleges (csukló, alkar) osteodensitometriai (ODM) vizsgálat, valamint a törzsön végzett, társadalombiztosítás terhére elszámolható mennyiségén túli ODM:
térítési díja: 3000 Ft

Kiegészítő térítés Ápolási osztályon történő elhelyezés esetén

Ápolási díjak:

Felvételre jelentkezéskor: 6000 Ft (orvosi beutalás alapján való elhelyezés esetén is)

intézeti napi ellátási díj:

4 ágyas 3800 Ft/nap

2 ágyas 4500 Ft/nap

1 ágyas 5300 Ft/nap

Az ápolás időtartama maximum 3x30 nap.

Emelt komfort fokozatú kórterem (VIP szoba) térítési díjai

1 ágyas kórterem (fürdőszobával) 15.000 Ft/fő/éjszaka

2 ágyas kórterem (fürdőszobával) 10000 Ft/fő/éjszaka



6.5 melléklet

A halottakkal kapcsolatos szolgáltatások díjai

Kórházunkban elhunyt, illetve boncolt beteg esetén halott hűtési díjat számítunk fel.

A halott hűtés térítési díját a halottvizsgálati bizonyítvány kiállítását követő 1. munkanaptól kell felszámítani.

Kórházban elhunyt, illetve boncolt beteg esetében: 4500 Ft/nap (ÁFÁ-val)



6.6 melléklet

Egészségügyi szolgáltatásokhoz kapcsolódó adatszolgáltatások térítési díjai

Egészségügyi dokumentum másolása A/4 oldalanként		150.- Ft
Ügyviteli díj (mely tartalmazza a kórlapok irattárból való kikeresését, rendezését)		1500.- Ft
Pontos születési időpontra vonatkozó dokumentáció kiadási költsége (2005-től)		5000 Ft
Egyéb fénymásolás	A/4	30.- Ft/oldal
	A/3	50. – Ft/oldal
Képkötő diagnosztikai vizsgálat képanyagának elektronikus másolata (tartalmazza az adathordozó költségét is) CD/DVD		1200.- Ft/db

Az árak az ÁFA-t tartalmazzák.

A beteg saját dokumentációjáról készült első másolat térítésmentes, a továbbiakban térítésköteles. Egyéb esetek részletezve vannak a kórházunk honlapján elérhető, Tájékoztatás egészségügyi dokumentációba való betekintés és másolatkérés feltételeiről című dokumentumban (www.javorszky.hu/BetegTajekoztato/Teritesi_dij_szabalyzat menüpont).

A Sürgősségi Betegellátó Osztály által biztosított betegek számára kért röntgen, CT vizsgálatok képanyagának kiadása CD/DVD-n a vizsgálat napján térítésmentesek.



6.7 melléklet

Eljárás leírás: térítésköteles tervezett (nem sürgősségi) járóbeteg ellátás**I. A beteg rendelkezik TAJ-számmal:**

- **ZÖLD (Z)** jelzés esetén: a TAJ-szám érvényes, a beteg jogviszonya rendezett, térítésmentes ellátásra jogosult (NEM FIZET).
- **PIROS (P)** jelzés esetén: a TAJ-szám érvényes, a beteg jogviszonya rendezetlen, térítésmentes ellátásra jogosult (NEM FIZET). Továbbiakban lásd megjegyzések.
- **KÉK (K)** jelzés esetén: a TAJ-szám külföldön biztosított, a TAJ-szám átmenetileg érvénytelen, EU-kártya rendelkezésre állása esetén a beteg sürgős esetben* térítésmentes ellátásra jogosult (NEM FIZET), minden más esetben ellátása térítésköteles (FIZET). Továbbiakban lásd megjegyzések.
- **BARNA (B)** jelzés esetén: a TAJ-szám egyéb okból érvénytelen, a beteg ellátása minden esetben térítésköteles (FIZET). Továbbiakban lásd megjegyzések.
- **NARANCSSÁRGA (N)** jelzés esetén: a TAJ-szám NAV járuléktartozás miatt érvénytelen, a beteg ellátása minden esetben térítésköteles (FIZET). Továbbiakban lásd megjegyzések.

Megjegyzések:

- **PIROS (P)** jelzés esetén két példányban ki kell tölteni az "Értesítés rendezetlen jogviszonyról" nevű (mellékel) nyomtatványt - 1 példányt a beteg részére kell átadni.
- **KÉK (K)** jelzés esetén, amennyiben a beteg rendelkezik érvényes EU-kártyával, kizárólag sürgős esetben térítésmentes ellátásra jogosult - ekkor az "E" térítési kategóriát kell alkalmazni. Minden más esetben (pl. elektív ellátás, kontroll vizsgálat) ellátása térítésköteles - ilyenkor a "4"-es térítési kategória rögzítendő. **UGYANEZ AZ ELJÁRÁS EU KÁRTYÁVAL RENDELKEZŐ KÜLFÖLDI BETEG ESETÉN IS.**
- **BARNA (B)** jelzés esetén a "4"-es térítési kategória kódolandó.
- **NARANCSSÁRGA (N)** jelzés esetén a "4"-es térítési kategória kódolandó.

II. A beteg nem rendelkezik sem TAJ, sem EU kártyával:

- 4-es térítési kategória kódolandó, az ellátás térítésköteles tervezett járóbeteg ellátás esetén, vagyis a beteg FIZET (megjegyzés: SBO-n az eljárás ettől eltérhet).

III. Miután megállapításra kerül, hogy a beteg ellátása térítésköteles, a további eljárás a következő:

Az ellátó szervezeti egységben a legnagyobb gondossággal, olvashatóan ki kell tölteni az F196-05 formanyomtatványt a betegadatokat, pontos diagnózist és a



kezelés/vizsgálat/beavatkozás megnevezésével, BNO kódjával, pontértékével együtt (a Szorzó és Ft érték oszlopok kitöltése a Betegfelvételi Iroda feladata).

Fontos, hogy a beteget ellátása megkezdése előtt tájékoztatni szükséges arról, hogy hozzávetőleg mennyi lesz a befizetendő térítési díja (szükség esetén a Betegfelvételi Iroda segít az összeg kalkulációjában).

Amennyiben a beteg az ellátást ezen feltételekkel igénybe kívánja venni a kitöltött, aláírt formanyomtatvánnyal át kell irányítani a Betegfelvételi Irodába, ahol a pontértékek alapján a befizetendő pontos díj kiszámolásra kerül. A beteg a térítési díjat a Pénztárba befizeti (készpénz vagy hitelkártya), és **csak azután kezdődhet meg az elektív ellátása**, ha a befizetést igazoló számlát, vagy a Betegfelvételi Irodában kitöltött **Kötelezvényt** bemutatja (pénztári nyitvatartási időn kívül).

A kitöltött formanyomtatvány egy fénymásolata a beteget illeti, egy pedig a Pénzügyi Osztályra kerül (ez a Betegfelvételi Iroda feladata).

*A sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásokat az 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet melléklete tartalmazza.



6.8 melléklet

Eljárás leírás: magyar biztosítással nem rendelkező beteg a Sürgős Betegellátó Osztályon

Milyen országban van biztosítva?	Európai Unió, Svájc, Egyesült Királyság (összefoglalóan EGT tagállam), EU tagországban biztosított magyar állampolgár (kék TAJ)	Ukrajna, Macedonia, Koszovó, (Angola, Kuvait, Mongólia, Jordánia, Irak, Koreai NDK)	Szerbia Montenegró Bosznia
Milyen igazolást kell felmutatnia?	Európai Egészségbiztosítási kártya vagy Kártyahelyettesítő Nyomtatvány	érvényes útlevél	országoként SRB/HUN111 CG/HU 111 BH/HU 111 jelű nyomtatvány
Térítési kat.	E	3	E
Milyen ellátások nyújthatók térítésmentesen?	orvosilag szükséges* ellátás térítésmentes	heveny megbetegedés ill. halaszthatatlan orvosi beavatkozás esetén az ellátás térítésmentes	sürgős szükség*** esetén az ellátás térítésmentes
Speciális dokumentációs elvárás	E adatlap kitöltése eMedsolban,	útlevélen szereplő adatok pontos rögzítése	E adatlap kitöltése az eMedsolban
És ha nem tud felmutatni igazolást?	A továbbiakban az ellátott térítési díjat fizet.**		

*Orvosilag szükséges ellátás: azon ellátásokat jelentik, amelyeket a tartózkodási hely szerinti tagállamban, ennek jogszabályai alapján nyújtanak annak érdekében, hogy a biztosított a szükséges gyógykezelés céljából ne kényszerüljön tervezett tartózkodásának vége előtt visszatérni az illetékes tagállamba. Ennek eldöntése minden esetben orvosszakmai kérdés, de ide tartoznak biztosan az alábbi ellátások:

- dialízis
- oxigénterápia
- speciális asztmakezelés
- kemoterápia
- szülés, a szüléshez és anyasághoz kapcsolódó ellátások.

**Ha az ellátás megkezdése idején már érvényes biztosítást igazoló okmányt a távozást követő egy hónapon belül bemutatja a FIBO-nál, a megfizetett ellátási díjat visszakapja.

A táblázatban nem szereplő államok állampolgárainak az ellátásért intézeti térítési díjat kell fizetniük (4 tér. kat.). Azok a magyar állampolgárok, akiknek az eMedsolban a TAJ száma mellett barna színjelzés jelenik meg, a NEAK finanszírozási összegnek megfelelő térítési díjat kell fizetniük. (lásd alább).



NEAK finanszírozási összeg	Intézeti térítési díj
Elvégzett járóbeteg vizsgálat pontszáma x 1,98	NEAK ár x 3

Nem magyar biztosítottakkal kapcsolatos naprakész információk szerezhetők az alábbi linkre kattintva: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/nemzetkozi_uvegek.

Melléklet az 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelethez

*****Sürgős szükség körébe tartozó, életet veszélyeztető állapotok és betegségek**

1. Életet veszélyeztető, vagy maradandó egészségkárosodás veszélyével járó (külső vagy belső) vérzés
2. Átmeneti keringés- és/vagy légzésleállással járó állapotok (Pl. embolia, Adams-Stokes-Morgagni szindróma., syncope, fulladások, életet veszélyeztető ritmuszavarok, klinikai halál állapota)
3. Életveszélyes endokrin- és anyagcsere állapotok, a folyadék- és ion- háztartás életveszélyes zavarai
4. Központi idegrendszeri kompresszió veszélyével járó kórképek (Pl. agyödéma, fejfájás, szédülés, tumor, gyulladás, fejlődési rendellenesség, trauma)
5. Esméletlen állapotok
6. Status epilepticus és tüneti görcsrohamok
7. Hirtelen fellépő látászavar, látásvesztés, „vörös szem”, szemsérülés
8. Szepszis
9. Magas halálozású, vagy súlyos szövödmények kialakulásának veszélyével járó hirtelen fellépő, vagy progrediáló, nem-sebészeti betegségek és érkatasztrófák ellátása
10. Szülés, koraszülés, lepényleválás, súlyos terhességi toxémia, eclampsia újszülött ellátása, akut nőgyógyászati vérzés
11. Sokk megelőző és sokkos állapotok, életveszélyes allergiás és anaphylaxiás állapotok, szisztémás és poliszisztémás autoimmun betegségek krízis-állapotai
12. Az immunrendszer fokozott, vagy kóros működésén, illetve a csontvelői véresejtképzés elégtelenségén alapuló heveny véresejthiány-állapot
13. Veszélyeztetett, vagy szerzett véralvadási zavar alapján létrejövő heveny életveszély
14. Akut légzési elégtelenség, légút szűkület (Pl. gégeödéma, asthmás roham, idegentest, fulladás)
15. Mérgezések
16. Akut hasi katasztrófák és azok képében jelentkező, nagy fájdalommal, görcsökkel járó kórképek (Pl. bélelzáródás, appendicitis, perforatio, méhenkívüli terhesség, petefészkek ciszta megrepedése, tuboovariális tályog, kocsánycsavarodott cysta, kizárt sérv, epegörcs, vesegörcs, vérvizelés)
17. Égés-fagyás (III.-IV. fokú és nagykiterjedésű I-II. fokú, és/vagy az életminőség szempontjából különösen veszélyeztetett testtáját vagy a légutakat érintő)
18. Elsődleges sebellátás
19. Testüregek (koponya, mellkas, has) és parenchymás szervek (szív, tüdő, lép, máj, vese) sérülése
20. Compartement szindrómák
21. Nyílt törések és decollement sérülések
22. Amputációk (replantációs lehetőségekkel vagy azok nélkül)
23. Súlyos medencegyűrű törések



-
24. Politraumatizáció, többszörös sérülések
 25. Búvárbalesetek, magassági betegség, keszonbetegség, barotrauma
 26. Áramütés, elektrotrauma
 27. Hő- és hidegártalom, kihűlés, hypothermia, hyperthermia, napszúrás, hóguta
 28. Súlyos akut sugárártalom és sugárbetegség
 29. Öngyilkossági kísérlet és szándék, mentális állapottal összefüggő közvetlen veszélyeztető állapot
 30. Heveny pszichés zavarok, pszichózisok
 31. Infektológiai kórképek, melyek önmagukban vagy szövődményeik révén az életet veszélyeztető állapotot idéznek elő.
-