

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
2400 Dunaújváros, Korányi S. u. 4-6.

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet

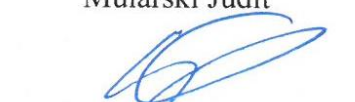
TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT

A térítési díj ellenében igénybe vehető
egészségügyi szolgáltatások térítési díjairól

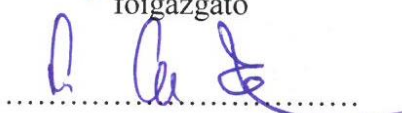
Készítette:


Mularski Judit

Intézmény vezetője:


Dr. Szilágyi Dániel Örs
főigazgató

Áttekintette:

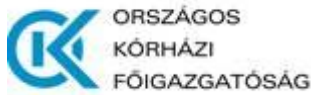

Dr. Orbán Zsolt
jogi képviselő

Jóváhagyta:

dr. Szondi Zita 

Országos Kórházi Főigazgatóság

Képviseli: Dr. Révész János országos kórház-főigazgató 



Jóváhagyás napja:

2025. augusztus hónap 4. nap

Kiadva: 2025. 08. 19.

Hatályba lépés: 2025. 09. 01.

Tartalomjegyzék

1. A szabályzat célja.....	4
2. A szabályzat alkalmazási területe	4
3. Hivatkozások.....	4
4. A szabályzat tartalma	5
5. Térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi ellátások.....	5
5.1. Egészségügyi ellátásra való jogosultság Községi szabály alapján	5
5.1.1 Európai Egészségbiztosítási Kártya és ideiglenes Kártyahelyettesítő Nyomtatvány – orvosilag szükséges ellátás.....	5
5.1.2 S2 vagy E112 nyomtatvány – tervezett ellátás.....	7
5.1.3 Határon átnyúló egészségügyi ellátás.....	7
5.2. Egészségügyi ellátásra való jogosultság nemzetközi egészségügyi szerződések alapján.....	8
6. A magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján magyar egészségügyi ellátásra nem jogosult betegek ellátásának térítési díja és megfizetésének rendje	9
6.1. Fekvőbeteg szakellátás térítési díja.....	12
6.2. Járóbeteg-szakellátás és diagnosztikai szolgáltatás térítési díja	13
7. A magyar biztosítással rendelkező betegek által is csak térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások térítési díja	16
7.1. A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretébe nem tartozó egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díja	16
7.2. Terhesség-megszakítás és művi meddővétel térítési díja.....	16
7.3. Kiskorú beteg kapcsolattartási joga, biztosított szállás.....	17
7.4. Extrém sportolás közben bekövetkezett balesetekhez kapcsolódó ellátások.....	17
7.5. Foglalkozás-egészségügyi alkalmassági vizsgálat térítési díja	17
7.6. Esztétikai célú plasztikai sebészeti beavatkozások térítési díja	18
7.7. Fogászati szakellátás térítési díja	18
7.8. Krónikus ágyon történő ápolás térítési díja.....	18
7.9. Halottkezelési díj.....	20
7.10. Traumatológiai implantáció térítési díja.....	21
7.11. Szemészeti implantációs műtétek térítési díja.....	21
7.12. Gyakorlati oktatások díjtételei.....	22
7.13. Széklet-calprotectin vizsgálat térítési díja.....	22

7.14.	Altatásos colonoszkópia és gasztroszkópia térítési díja	22
7.15.	Egészségügyi dokumentáció másolat kiadásának térítési díja	22
7.16.	Csontsűrűség mérés térítési díja	23
8.	Magyar biztosítással rendelkező betegek részére saját kérésükre biztosítható többlétszolgáltatások térítési díja	23
8.1.	Emelt szintű hotelszolgáltatás térítési díja	23
9.	A térítési díjak mérséklése, elengedése.....	24
10.	Hatálybalépés, kifüggesztés	24
11.	Mellékletek.....	26

1. A szabályzat célja

A Térítési díj szabályzat (a továbbiakban: Szabályzat) célja az Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (a továbbiakban: NEAK) által nem térített egészségügyi ellátások, illetve egyéb egészségügyi szolgáltatások térítési díjainak szabályozása.

2. A szabályzat alkalmazási területe

Jelen Szabályzat hatálya kiterjed a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet (a továbbiakban: Kórház) Szervezeti és Működési Szabályzatában szereplő valamennyi fekvő- és járóbeteg-ellátó, illetve diagnosztikai munkahelyére.

3. Hivatkozások

- 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, valamint a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet
- 284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról
- 46/1997. (XII.17.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátásokról
- 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról
- 1408/71/EGK rendelet a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról
- 883/2004/EK rendelet a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról, valamint a végrehajtásáról szóló 987/2009/EK rendelet
- 1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről, valamint a végrehajtásáról szóló 32/1992. (XII.23.) NM rendelet
- 28/2020. (VIII. 19.) EMMI rendelet a Magyarország területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának, valamint az egészségügyi szolgáltatás biztosítására kötött megállapodás egyes szabályairól
- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
- 2019. évi CXXII. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- 351/2013. (X.4.) Korm. rendelet a halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról
- 89/1995 (VII. 14.) Korm. rendelet a foglalkozás-egészségügyi szolgálatról
- 340/2013. (IX.25.) Korm. rendelet a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályiról

4. A szabályzat tartalma

- Térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi ellátások (lásd. 5. pont).
- Térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi ellátások (lásd. 6. pont):
 - magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján magyar egészségügyi ellátásra nem jogosult betegek ellátásának térítési díja és megfizetésének rendje,
 - magyar biztosítással rendelkező betegek által is csak térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások térítési díja és megfizetésének rendje,
 - magyar biztosítással rendelkező betegek részére saját kérésükre biztosítható többletszolgáltatások térítési díja és megfizetésének rendje.

A betegellátás térítési díjainak meghatározása a NEAK teljesítmény szerinti finanszírozási rendszerére épül. A térítési díjakat évente felülvizsgálni és a finanszírozás változásnak, illetve az inflációváltozásnak megfelelően korrigálni kell.

A pénzbeszédes részletes szabályozását a Kórház Pénz- és értékezelési Szabályzata tartalmazza.

5. Térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi ellátások

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének alapvető feltétele, hogy az ellátandó személy **biztosított** legyen. Biztosítottnak a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló 2019. évi CXXII. törvény (a továbbiakban: Tbj. tv.) 3., 6. §-i és 22. § (1) bekezdés ie.) pontja alapján **egészségügyi szolgáltatásra jogosult** személynek tekintendők.

1. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Eb. tv.) 29. § (4) bekezdése szerint a biztosított az egészségügyi szolgáltatás igénybevételéhez - ha jogszabály eltérően nem rendelkezik - a **TAJ számát** igazoló hatósági igazolványát és - amennyiben a biztosított a 14. életévét betöltötte - érvényes, a személyazonosság megállapítására alkalmas igazolványát köteles bemutatni.
2. Az Eb. tv. 29. § (8) bekezdés szerint nemzetközi egyezmények vagy uniós rendeletek hatálya alá tartozó személyek meghatározott egészségügyi szolgáltatásra jogosultak, amennyiben az adott ellátásra való jogosultságukat az alkalmazandó **államközi szerződés, nemzetközi szerződés vagy Közösségi szabály előírásainak** megfelelően igazolták.

5.1. Egészségügyi ellátásra való jogosultság Közösségi szabály alapján

5.1.1 Európai Egészségbiztosítási Kártya és ideiglenes Kártyahelyettesítő Nyomtatvány – orvosilag szükséges ellátás

Az Európai Gazdasági Térség tagállamainak állampolgárai és a svájci állampolgárok, valamint az ezen államokban biztosított személyek részére **ideiglenes magyarországi tartózkodásuk során az orvosilag szükséges egészségügyi szolgáltatás Európai Egészségbiztosítási Kártya** (a továbbiakban: EU-kártya) alapján nyújtandó.

Az Európai Egészségbiztosítási Kártya külalakjára vonatkozó szabályok csupán a kártya egyik oldalát érintik. Az

EU-kártyát kibocsátó teherviselő a kártya hátoldalának képeről és tartalmáról szabadon dönt. Az Európai Bizottság határozata alapján csak olyan Európai Egészségbiztosítási Kártya használható ellátás igénybe, vételére való jogosultság igazolásaként, amelyen minden **mező szemmel olvasható formátumban hiánytalanul kitöltésre** került. A csillagozott, vagy más helyettesítő karakterrel feltöltött mezőket tartalmazó kártya **NEM ÉRVÉNYES** Európai Egészségbiztosítási Kártya! Ilyen kártya felmutatása esetén az egészségügyi ellátást fizető-kötelezettként kell nyújtani, illetve vény írás esetén a vényen szereplő TAJ, ENY, valamint EU mezőket üresen kell hagyni, és a felírt gyógyszer/gyógyászati segédeszköz/gyógyászati ellátás csak ártámogatás nélkül, teljes áron rendelhető el.

Amennyiben az EU-kártya kiadása valamilyen okból, átmenetileg nem lehetséges, az illetékes egészségbiztosítási intézmény ún. **Kártyahelyettesítő Nyomtatványt** ad ki, melynek alkalmazására ugyanazok a szabályok vonatkoznak, mint az EU-kártya esetében.

A fenti igazolásokkal Magyarországon a külföldi egészségbiztosítás terhére vehetők igénybe azok az egészségügyi szolgáltatások, amelyek a **magyarországi átmeneti tartózkodás során orvosilag szükségessé** válnak.

Az érvényes EU-kártyát/Kártyahelyettesítő Nyomtatványt bemutató külföldi biztosítással rendelkező beteg részére kötelezően nyújtandók a szükséges ellátások, az ellátás költségeinek megtérítésére a beteg nem kötelezhető.

Az orvosi szükségesség fennállásáról elsődlegesen – a körülmények mérlegelésével – a kezelőorvos dönt. Orvosilag szükségesnek azonban nem csak az azonnal nyújtandó szolgáltatások minősülhetnek. Orvosilag szükséges ellátásnak minősül minden olyan ellátás, amely nem halasztható a másik tagállamba történő visszatérésig. Amennyiben az igényelt ellátást – a beteg állapotára való tekintettel – nem feltétlenül szükséges rövid időn belül nyújtani, a szolgáltatónak figyelembe kell vennie, hogy az illető személy milyen hosszú időt kíván Magyarországon tölteni. Amennyiben az illető személy nem rendelkezik EGT állampolgárok részére kiadott tartózkodási engedéllyel (tartózkodási kártya/regisztrációs igazolás), csak azon szolgáltatások nyújtandók, amelyek 3 hónapon belül feltétlenül szükségessé válnak. Egyéb esetekben a tartózkodási kártya/regisztrációs igazolás, illetve az igazolás (EU-kártya) érvényességének lejártát kell figyelembe venni.

Az Európai Bizottság határozatai értelmében átmeneti magyarországi tartózkodás során az alábbi ellátásokat minden esetben az EU-kártya alapján nyújtandó szükséges ellátásnak minősíteni: dialízis, oxigénterápia, speciális asztmakezelés, kemoterápia, szülés, a szüléshez és anyasághoz kapcsolódó ellátások.

Az EGT tagállamokban vagy Svájcban biztosítottak Magyarországon született gyermeke részére a szükséges ellátások a szülést követő 3. hónapig az anya EU-kártyája alapján nyújtandók, az ellátásokat az EU-kártya adataival kell jelenteni.

Az EU-kártya nem használható fel akkor, ha a biztosított az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének céljából utazott Magyarországra.

Az EU-kártya, valamint a Kártyahelyettesítő Nyomtatvány alapján nyújtott ellátások költségeit az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendeletben foglaltak szerint a szolgáltató teljesítményjelentése alapján az NEAK előzetesen megtéríti és a nemzetközi elszámolások során a külföldi biztosítóval utólagosan megtérítetteti. Az NEAK finanszírozás

feltétele az eset **„E” térítési kategóriában** (elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, Községi szabály alapján történő ellátás) történő jelentése és az **E-adatlap** kitöltése.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. tv. szerinti uniós betegek és a Magyarországon élő és TAJ kártyával rendelkező brit állampolgárok mellett a brit biztosító által kiállított Európai Egészségbiztosítási Kártyával rendelkező brit állampolgárok is költségtérítés nélkül jogosultak ellátásra. Az érvényes brit EU kártyával rendelkező brit biztosítottak magyar közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál az orvosilag szükséges és indokolt ellátások vonatkozásában továbbra is jogosultak térítésmentes egészségügyi ellátásra úgy, mint 2020. december 31. előtt. A részükre nyújtott ellátást ugyanúgy „E” térítési kategóriában kell jelenteni, és az ellátásért járó finanszírozási díjat a NEAK megfizeti.

5.1.2 S2 vagy E112 nyomtatvány – tervezett ellátás

A szociális biztonsági koordinációs rendeletok alapján az Európai Gazdasági Térség tagállamainak állampolgárai és a svájci állampolgárok, valamint az ezen államokban biztosított személyek egészségbiztosítójuk engedélye alapján jogosultak más tagállamban **tervezett egészségügyi szolgáltatás** igénybevételére.

Az **S2 vagy E112 nyomtatvánnyal** egészségügyi szolgáltatásra jelentkező személy a nyomtatványon megjelölt szolgáltató (amennyiben meg van jelölve), illetve ellátás esetében ugyanolyan feltételek mellett jogosult az igénybevételre a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál, mint a magyar biztosítottak. Amennyiben a nyomtatványon sem szolgáltató, sem konkrét ellátás nincs megjelölve, az érvényességi időn belül bármilyen egészségbiztosítási szolgáltatás nyújtható a jogosult részére. A nyomtatványt az Európai Gazdasági Térség minden tagállama saját hivatalos nyelvén állítja ki. Az S2 vagy E112 jelű nyomtatvány funkcióját tekintve nem más, mint a külföldi biztosító által kiállított költségátvállalást tanúsító igazolás. Az ellátás költségeit a magyar közfinanszírozott szolgáltató teljesítményjelentése alapján a NEAK előzetesen megtéríti, és a nemzetközi elszámolások során a külföldi biztosítóval utólagosan megtérítetteti.

A NEAK finanszírozás feltétele az eset **„E” térítési kategóriában** (elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján, ill. közösségi szabály alapján) történő jelentése és az **E-adatlap** kitöltése.

Az egészségügyi ellátást EU-kártyával, Kártyahelyettesítő Nyomtatvánnyal, S2 vagy E112 nyomtatvánnyal igénybe vehető biztosítottak országkódjait az 1. sz. melléklet tartalmazza.

A fentiekől eltérő feltételekkel igénybe vett egészségügyi ellátás térítésköteles, a térítési díjat a szolgáltató saját hatáskörében állapítja meg. (lásd 6. fejezet)

5.1.3 Határon átnyúló egészségügyi ellátás

A 2011/24/EU irányelv alapján az Európai Unió más tagállamainak betegei jogosultak Magyarországon tervezetten határon átnyúló egészségügyi ellátást igénybe venni. A bejövő beteg a külföldi biztosító által kiállított olyan dokumentummal vehet igénybe határon átnyúló egészségügyi ellátást, amely az Európai Unió tagállambeli állampolgárságát vagy az egészségügyi ellátásra való jogosultságát hitelt érdemlően bizonyítja (személyazonosságot igazoló okmány és EGT tagállamban fennálló biztosítási kártya vagy nyomtatvány).

A határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében fokozottan érvényesül az „egyenlő elbánás elve”, azaz a külföldről érkező személyek azonos elbírálás alá esnek a magyar egészségügyi ellátásra jogosult személlyel. A

kezelés természetétől függően beutaló vagy orvosi dokumentáció bemutatása is szükséges lehet. A beutalót kiállíthatja egy másik EU tagállam egészségügyi szolgáltatója, vagy egy magyar szolgáltató. A beutaló elfogadását az egészségügyi szolgáltató akkor tagadhatja meg, ha az az egészségügyi szolgáltató számára nem érthető vagy nem nyújt elég információt a beteg egészségi állapotáról és az ennek alapján orvosilag szükséges beavatkozások köréről. A beutalóhoz nem kötött szakellátások esetében az uniós beteg ellátását nem lehet megtagadni arra hivatkozva, hogy vonatkozásában az egészségügyi szolgáltató területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkezik. Az egészségügyi szolgáltató csak akkor tagadhatja meg az uniós beteg ellátását, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását az uniós beteg fogadása veszélyezteti. Az elutasítást ilyen esetben írásban meg kell indokolni.

Az ellátás költségeit a külföldi beteg fizeti meg, a bevétel az egészségügyi szolgáltató saját bevételeit képezi. Ez a térítési díj nem térhet el attól a díjtól, amelyet a hazai beteg ellátásáért a NEAK térít.

Az irányelv alapján ellátott esetet a magyar közfinanszírozott szolgáltató „T” térítési kategóriában (uniós beteg részére magyar egészségügyi szolgáltató által határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében végzett ellátás) jelenti a NEAK felé.

A fentiekől eltérő feltételekkel igénybe vett egészségügyi ellátás térítésköteles, a térítési díjat a szolgáltató saját hatáskörében állapítja meg. (lásd 6. fejezet)

5.2. Egészségügyi ellátásra való jogosultság nemzetközi egészségügyi szerződések alapján

Az egészségügyi államközi egyezményekben részes államok listáját a 2.A. sz. melléklet tartalmazza

5.2.1 Ukrán állampolgárok ellátása

Az ukrán állampolgárok átmeneti magyarországi tartózkodásuk alatt **sürgősségi** ellátásokra jogosultak a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál. A sürgősségi ellátásokat **útlevél felmutatásával** vehetik igénybe. Az ellátás költségeit a magyar közfinanszírozott szolgáltató teljesítményjelentése alapján a NEAK előzetesen megtéríti. A NEAK finanszírozás feltétele az ellátott eset „3” térítési kategóriában (államközi szerződés alapján végzett ellátás) történő jelentése. Az ellátás dokumentálásának követelményeit a 2.B. sz. melléklet tartalmazza.

A fentiekől eltérő feltételekkel igénybe vett egészségügyi ellátás térítésköteles, a térítési díjat a szolgáltató saját hatáskörében állapítja meg. (lásd 6. fejezet)

5.2.2 Macedón, koszovói állampolgárok ellátása

A koszovói állampolgárok átmeneti magyarországi tartózkodásuk alatt sürgősségi ellátásokra jogosultak a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál. A sürgősségi ellátásokat, a magyar-jugoszláv szociálpolitikai egyezmény értelmében, útlevél felmutatásával vehetik igénybe. Az ellátás költségeit a magyar közfinanszírozott szolgáltató teljesítményjelentése alapján a NEAK előzetesen megtéríti. A NEAK finanszírozás feltétele az ellátott eset „3” térítési kategória (államközi szerződés alapján végzett ellátás) történő jelentése.

A magyar-macedón szociális biztonsági egyezmény alapján, a macedón biztosítottak Magyarországon – a megfelelő jogosultságigazolás birtokán – sürgősségi és tervezett ellátásokat is igénybe vehetnek. Az ellátások jelentése „E” térítési kategóriában történik. Az ellátás dokumentálásának követelményeit a 2.B. sz. melléklet

tartalmazza.

A fentiekől eltérő feltételekkel igénybe vett egészségügyi ellátás térítésköteles, a térítési díjat a szolgáltató saját hatáskörében állapítja meg. (lásd 6. fejezet)

5.2.3 Boszniai, montenegrói és szerbiai biztosítottak ellátása

A boszniai, montenegrói és szerbiai biztosítottak **átmeneti** magyarországi tartózkodásuk alatt **sürgősségi** ellátásokra jogosultak a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál. A sürgősségi ellátásokat a boszniai biztosítottak a BH/HU111 nyomtatvánnyal, a montenegrói biztosítottak a CG/HU111 nyomtatvánnyal, a szerbiai biztosítottak az SRB/HUN 111 nyomtatvánnyal vehetik igénybe.

Mind a boszniai, mind a montenegrói, és szerbiai biztosítottak **tervezetten** is igénybe vehetnek ellátást Magyarországon, amennyiben rendelkeznek BH/HU112, ill. CG/HU112, valamint SRB/HUN 112 nyomtatvánnyal.

Az ellátás költségeit a magyar közfinanszírozott szolgáltató teljesítményjelentése alapján a NEAK előzetesen megtéríti és a nemzetközi elszámolások során a külföldi biztosítóval utólagosan megtérítetteti. Az NEAK finanszírozás feltétele a biztosított **„E” térítési kategóriában** (elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, Közösségi szabály alapján történő ellátás) történő jelentése és az **E-adatlap** kitöltése.

Az ellátás dokumentálásának követelményeit a 2.B. sz. melléklet tartalmazza.

A fentiekől eltérő feltételekkel igénybe vett egészségügyi ellátás térítésköteles, a térítési díjat a szolgáltató saját hatáskörében állapítja meg. (lásd 6. fejezet)

5.2.4 Államközi egyezmények alapján nyújtott ellátás

Az egészségügyi együttműködési egyezményekben részes államok (Angola, Kuvait, Jordánia, Irak, Koreai Népi Demokratikus Köztársaság) állampolgárait a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató ingyenes egészségügyi ellátásban részesíti **heveny megbetegedés vagy halaszthatatlan orvosi beavatkozást igénylő helyzet** esetén. Az ellátásra való jogosultságot az érintett állampolgárok **útlevelük bemutatásával** igazolják.

Az ellátás költségeit a szolgáltató teljesítményjelentése alapján a NEAK előzetesen megtéríti. A 43/1999. (III.3.) Korm. rendeletben foglaltak szerint a szolgáltató kötelessége - és a finanszírozás feltétele - az ellátás nyújtását követően az eset **„3” térítési kategóriában** (államközi szerződés alapján végzett ellátás) történő jelentése.

Az ellátás dokumentálásának követelményeit a 2.B. sz. melléklet tartalmazza.

A fentiekől eltérő feltételekkel igénybe vett egészségügyi ellátás térítésköteles, a térítési díjat a szolgáltató saját hatáskörében állapítja meg. (lásd 6. fejezet)

6. A magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján magyar egészségügyi ellátásra nem jogosult betegek ellátásának térítési díja és megfizetésének rendje

A Magyarország területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának, valamint az egészségügyi szolgáltatás biztosítására kötött megállapodás egyes szabályairól szóló 28/2020. (VIII. 19.) EMMI rendelet határozza meg azon személyek körét, akik nem jogosultak az egészségügyi ellátások térítésmentes igénybevételére és az általuk igénybe vett egészségügyi

szolgáltatásért jelen szabályzatban meghatározott térítési díjat kötelesek fizetni.

Sürgősségi ellátások esetén a térítési díj összege a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (a továbbiakban: NEAK) által fizetett finanszírozási díjjal megegyező összeg, de legfeljebb ellátási esetenként hétszázötvenezer forint.

A térítési díjat a kórház részére bizonylat ellenében, jelen szabályzatban rögzített szabályok szerint kell megfizetni.

Az Ebtv-ben meghatározott ellátási rendtől, illetve jogosultságtól eltérően igénybe vett eü. szolgáltatások

Teljes térítési díj fizetésére kötelezettek köre

a.) biztosítással nem rendelkező külföldi és magyar állampolgárok:

- az állandó magyarországi tartózkodásra jogosító személyi igazolvánnyal, letelepedés céljából kapott tartózkodási engedéllyel nem rendelkező külföldi állampolgárokra,
- egyezményes (államközi szerződés) országból érkező külföldi állampolgárok nem sürgős ellátására,
- Európai Unió tagállamaiból érkező azon állampolgárokra, akik nem rendelkeznek Európai Betegbiztosítási Kártyával vagy Kártyahelyettesítő nyomtatvánnyal,
- nem EU-s és államközi szerződéssel nem rendelkező ország állampolgára,
- magyar állampolgárokra, akik a törvényileg előírt biztosítási igazolások valamelyikével nem rendelkez (nincs TAJ szám, vagy „barna” TAJ, vagy nincs érvényes EU kártya)

b.) biztosítással rendelkező betegek esetében, NEAK által nem finanszírozott ellátások a szabad kapacitások függvényében:

- orvostudományi kutatás keretében végzett ellátásokra;
- magánszemély, munkáltató és biztosítótársaság által kezdeményezett szűrővizsgálatokra;
- magánorvosok, biztosítótársaságok részére végzett vizsgálatokra;
- beutaló nélkül igénybe vett diagnosztikai vizsgálatokra és beavatkozásokra;
- üzemorvosi beutalóval igénybe vett vizsgálatokra, amennyiben nem a foglalkozásából eredő megbetegedéssel vagy üzemi balesettel kapcsolatos az igénybevétel;
- beutaló köteles szakrendelések beutaló nélküli igénybevételére;
- háziorvosi vagy üzemorvosi (kiegészítő vizsgálatokra) beutalóval alkalmassági vizsgálat céljából kért szakorvosi vizsgálatokra, a beutaló nélkül igénybe vehető szakellátások vonatkozásában is;

c.) Kiegészítő alkalmassági szűrővizsgálatok értelmezése:

Minden olyan szűrővizsgálat, melyet nem tartalmaz a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997.évi LXXXIII. törvény 10.§ (1) bekezdése, térítés köteles. Az alkalmassági szűrővizsgálatok ezért térítéskötelesek.

Térítésköteles alkalmassági kiegészítő vizsgálat körébe tartozó vizsgálatkérések köre:

- Amelyet a munkavállalás feltételeként vagy a dolgozó részére meghatározott időszakonként ír elő a munkáltató. Ide tartozik a diákok nyári munkavégzése esetén munkáltató által előírt alkalmassági vizsgálata is. A térítési díjat a munkáltató vagy a beutaló üzemorvos fizeti, ha a kórházunkkal érvényes szerződéssel rendelkezik. A beutalt fizeti, ha a kórházzal nincs érvényes szerződése a munkáltatónak

vagy üzemorvosnak.

- Jogosítványhoz kért kiegészítő szakorvosi vizsgálatok. A beteg fizeti, beutaló nem szükséges.

Hallgatói jogviszonyban állók részére kért szakorvosi szűrővizsgálatok, kivéve a tüdőszűrés, ha az a szakképzésről szóló 2019. évi LXXX. törvény szerinti szakképző intézményekben és felsőoktatási intézményben oktatásban részesülők szakmai alkalmassági vizsgálatai keretében kerül sor.

A járó- és a fekvőbeteg-ellátásban igénybe vett egészségügyi szolgáltatásért a magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján magyar egészségügyi ellátásra nem jogosult betegeknek a jelen Szabályzatban meghatározott **térítési díjat kell fizetniük**.

A magyar biztosítással nem rendelkező beteget vagy közeli hozzátartozóját, illetve törvényes képviselőjét a fizetési kötelezettségről és a szolgáltatásért fizetendő térítési díj várható mértékéről lehetőség szerint az ellátás megkezdése előtt tájékoztatni kell. Jelen Szabályzat 3. sz. melléklet szerinti **„FELVILÁGOSÍTÁS a tervezett ellátás várható költségeiről”** formanyomtatványa több nyelven tartalmazza azokat az információkat, amelyből a beteg az általa ismert nyelven tájékoztatást kap az ellátás várható költségeiről. A beteg aláírásával igazolja, hogy az ellátás költségeiről tájékoztatást kapott és a fizetési kötelezettséget tudomásul veszi. A nyomtatvány 2 példányban készül, az első példány a betegé (az általa ismert nyelven), a második példány a betegdokumentáció részét képezi.

Ezen esetek NEAK felé történő kötelező jelentése 4-es térítési kategóriában (egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján a társadalombiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítésköteles ellátása) történik.

Amennyiben a magyar, EGT állambeli, illetve svájci biztosított nem tudja igazolni az ellátásra való jogosultságát, fizető betegként kell kezelni, és tájékoztatni kell az ellátás várható költségeiről.

A 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet [Ebtv. vhr.] 12/B. § (1) szerint az egészségügyi szolgáltatónak az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét megelőzően kell ellenőrizni, hogy a nyilvántartásban az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultként szerepel-e az adott személy. Ha az adott személy állapota az ellátás azonnali megkezdését indokolja, az ellenőrzést közvetlenül az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét követően, fekvőbeteg-szakellátás esetén legkésőbb az annak kezdetét követő első munkanapon kell elvégezni. Ismeretlen személynél - fekvőbeteg szakellátás esetén - legkésőbb az intézményből történő elbocsátás napján kell teljesíteni a jogviszony ellenőrzési kötelezettséget.

A beteg a 4. sz. melléklet szerinti **„NYILATKOZAT EU állampolgár térítésmentes ellátás igénybevételéről”** formanyomtatványon kötelezettséget vállalhat arra, hogy a távozást követő 15 napon belül bemutatja a biztosítását igazoló dokumentumokat, ebben az esetben az ellátásért nem kell fizetnie. Amennyiben a beteg vagy hozzátartozója az ellátást követő 15 napon belül a biztosítást igazoló dokumentumot nem mutatja be, az igénybe vett szolgáltatások térítési díját részére kiszámlázzuk. A nyilatkozatot az ellátó hely tölti ki. Amennyiben a beteg a határidő lejártáig a jogosultságát nem igazolta, az ellátó hely értesíti a jogi irodát és a betegdokumentációt átadja további ügyintézés céljából.

Nem EU országból érkező állampolgár esetében, amennyiben nem tud készpénzes magyar fizetőeszközben fizetni, meg kell győződni arról, hogy rendelkezik-e érvényes betegbiztosítással. Érvényes betegbiztosítás esetén

az ellátásra jelentkező nevét, születési helyét, idejét, lakcímét, betegbiztosítója nevét, székhelyét, címét, betegbiztosítási igazolványa számát, valamint útlevelének számát az 5. sz. melléklet szerinti „ELISMERVÉNY” formanyomtatványon rögzíteni kell és az ellátásra jelentkezővel alá kell írni. A formanyomtatványon szereplő adatok hiányos kitöltése az ellátási díj behajthatatlanságát vonja maga után. A nyomtatványt 3 példányban kell kitölteni, ebből az első példány a Pénzgazdálkodási részlegé, a második példány a betegdokumentáció része, a harmadik példány a betegé (az általa ismert nyelven).

A beteg **távozásakor** a 7. / 8. sz. melléklet szerinti „**ADATLAP fizető fekvő / járó betegek ellátásáról számla készítéséhez**” formanyomtatványt kell kitölteni a 6.1. és 6.2. fejezetben meghatározottaknak megfelelően. A számlát az ellátást igénybe vevő a Mozgópénztárban készpénzzel vagy bankkártyával egyenlítheti ki. A Mozgópénztár munkarendjén kívül eső időben a Sürgősségi Betegellátó osztályon készpénzzel fizethet. A számla átutalással is kiegyenlíthető az Kórház bankszámlájára, ebben az esetben az 5. sz. melléklet szerinti „**ELISMERVÉNYT**” kell kitölteni és a beteggel aláírni.

Amennyiben a térítési díjat az ellátott nem fizeti meg, a díj behajtásáról a Kórház jogi úton gondoskodik.

6.1. Fekvőbeteg szakellátás térítési díja

A fekvőbeteg-ellátásban igénybe vett egészségügyi szolgáltatásért a magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján magyar egészségügyi ellátásra nem jogosult betegeknek a jelen Szabályzatban meghatározott térítési díjat kell fizetniük. Aktív osztályokon történő ellátás esetén az ellátási díj alapja az adott eset az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 3. sz. mellékletében megadott „Homogén Betegségcsoport” (HBCS) szerinti aktuálisan érvényes besorolása. A „Homogén Betegségcsoport” listája, a hozzátartozó súlyszámmal és egyéb jellemzőivel, az Egészségügyi Közlönyben kerül közzétételre.

A térítési díj az ellátott eset besorolás szerinti súlyszám értékének és az egységnyi súlyszám Ft értékének a szorzata (volumenkorlát és degresszió figyelmen kívül hagyásával). **Az egységnyi súlyszám Ft értéke az NEAK szerinti aktuálisan érvényben lévő országos aktív alapidíj kétszerese**, jelenlegi értékét a 6. sz. melléklet tartalmazza. A térítési díj tartalmazza az ellátással kapcsolatos valamennyi kiadást, de nem tartalmazza az igénybe vett emelt szintű hotelszolgáltatás díját, amely a 28. sz. mellékletnek megfelelően külön számlázandó. A számla készítésének alapbizonylata a 7. sz. melléklet szerinti „**ADATLAP fizető fekvőbetegek ellátásáról számla készítéséhez**” formanyomtatvány. Az eset HBCS besorolását a kezelőorvos végzi a diagnózisok és az elvégzett beavatkozások alapján. Az eset hiánytalan dokumentálását és besorolását követően az osztályos adminisztrátor telefonon értesíti a Finanszírozási és Kontrolling osztály dolgozóit, akik egyben a mozgópénztári feladatokat is ellátják. Itt megtörténik az ADATLAP kitöltése és ez alapján a számla kiállítása. Az adatlapon fel kell tüntetni a betegség HBCS kódját, súlyszámát, az egységnyi súlyszám Ft értékét, valamint a számla végösszegét. A kitöltött adatlapot a Finanszírozási és Kontrolling osztály munkatársa és a kezelőorvos aláírásával hitelesíti. A térítési díjat a beteg az osztályon befizeti a Mozgópénztár munkatársának. A Zárójelentést a beteg a térítési díj megfizetését követően, a számla felmutatása ellenében kapja kézhez.

Aktív osztályról térítési díj ellenében ellátott betegek elbocsátása főszabályként munkanapokon, pénztári nyitvatartási időben történik. Ettől eltérően, pénztári nyitvatartási időn kívül vagy munkaszüneti napokon az előzetesen (normál munkarend ideje alatt) kitöltött „ADATLAP” alapján a térítési díj befizetése a Sürgősségi Betegellátó Osztályon történik.

Krónikus osztályokon ápolási napra megállapított egységes napi ellátási díj fizetendő, amely tartalmazza a diagnosztikai eljárások díját is. **A térítési díj az igénybe vett ápolási napok számának és a napi ellátási díjnak a szorzata.** Az igénybe vett ápolási napok számának meghatározásánál a felvétel és a távozás napját fél-fél napként, azaz összesen 1 napként kell figyelembe venni. Krónikus osztályokon **a napi ellátás díja a NEAK szerinti aktuálisan érvényben lévő krónikus napi alapidíj háromszorosa**, jelenlegi értékét a 6. sz. melléklet tartalmazza.

A számla készítésének alapbizonylata a 7. sz. melléklet szerinti „**ADATLAP fizető fekvőbetegek ellátásáról számla készítéséhez**” formanyomtatvány, amelyet a beteg tervezett távozását megelőzően az osztályos adminisztrátor kérésére a Finanszírozási és Kontrolling osztály állít ki. Az adatlapon fel kell tüntetni az igénybe vett ápolási napok számát, a napi ellátási díj Ft értékét, valamint a számla végösszegét. A kitöltött adatlapot a kezelőorvos és a Finanszírozási és Kontrolling osztály munkatársa aláírásával hitelesíti. A térítési díjat számla kiállítása ellenében a beteg vagy hozzátartozója az osztályon befizeti a Mozgópénztár munkatársának. A Zárójelentést a beteg vagy hozzátartozója a térítési díj megfizetését követően, a számla felmutatása ellenében kapja kézhez.

Aktív és krónikus osztályról térítési díj ellenében ellátott betegek elbocsátása főszabályként munkanapokon, a Mozgópénztár munkaidejében történik. Ettől eltérően, a Mozgópénztár munkarendjén kívül eső időben vagy munkaszüneti napokon az előzetesen (normál munkarend ideje alatt) kitöltött „ADATLAP” alapján a térítési díj befizetése a Sürgősségi Betegellátó Osztályon történik.

6.2. Járóbeteg-szakellátás és diagnosztikai szolgáltatás térítési díja

A járóbeteg-ellátásban igénybe vett egészségügyi szolgáltatásért a magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján magyar egészségügyi ellátásra nem jogosult betegeknek a jelen Szabályzatban meghatározott térítési díjat kell fizetniük. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 13. §-a rendelkezik a biztosított betegsége esetén jogosult járóbeteg-szakellátások köréről.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet **2. § (1)** A biztosított - az Ebtv. 20. § (4) bekezdésében meghatározott eset kivételével - orvosi beutaló nélkül is jogosult igénybe venni

- a) szakorvosi rendelő által nyújtott
- aa) bőrgyógyászati,
- ab) nőgyógyászati és gyermeknőgyógyászati,
- ac) urológiai,
- ad) pszichiátriai és addiktológiai
- ae) fül-, orr-, gégészeti, valamint csecsemő- és gyermek fül-orr-gégészeti,

- af) szemészeti és gyermekszemészeti,
- ag) általános sebészeti és baleseti sebészeti,
- ah) onkológiai
- ai) asszisztált reprodukciós eljárás szakellátást.

Magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján magyar egészségügyi ellátásra nem jogosult betegnek járóbeteg-ellátó egységekben és diagnosztikai munkahelyen **az egészségügyi szolgáltatást járóbetegként igénybe vevőnek** az elvégzett vizsgálatokért térítési díjat kell fizetni. A térítési díj számításának alapja az ellátás során végzett tevékenységek (vizsgálatok, beavatkozások) az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 2. sz. melléklete szerinti aktuálisan érvényes összesített WHO pontértéke. A tevékenységlista és a hozzátartozó pontértékek az Egészségügyi Közlönyben kerülnek közzétételre.

Térítési díjat kell fizetni a csak beutalóval igénybe vehető ellátások beutaló nélküli igénybevétele esetén is.

A térítési díj a szolgáltatási tételek összesített pontértékének és az egységnyi pontszám Ft értékének a szorzata (volumenkorlát és degresszió figyelmen kívül hagyásával). **Az egységnyi pontszám Ft értéke az NEAK szerinti aktuálisan érvényben lévő országos járó alapidíj négyszeresének a szorzata**, jelenlegi értékét a 6. sz. melléklet tartalmazza.

A számla készítésének alapbizonylata a 8. sz. melléklet szerinti „**ADATLAP fizető járó betegek ellátásáról számla készítéséhez**” című formanyomtatvány. Az eset hiánytalan dokumentálását követően az ellátó rendelés telefonon értesíti a Finanszírozási és Kontrolling osztályt, ahol megtörténik az ADATLAP kitöltése és a számla kiállítása. Az adatlapon tételesen fel kell sorolni az elvégzett vizsgálatokat és beavatkozásokat kód és pontszám megjelölésével, az ellátás összesített pontértékét, az egységnyi német pont Ft értékét, valamint a számla végösszegét. Amennyiben a betegnek diagnosztikai vizsgálatok is készültek az adatlapon azokat is fel kell tüntetni. A kitöltött adatlapot a Finanszírozási és Kontrolling osztály munkatársa és a kezelőorvos aláírásával hitelesíti. A térítési díjat a beteg a rendelés helyén befizeti a Mozgópénztár munkatársának. Az Ambuláns lapot a beteg a térítési díj megfizetését követően kapja kézhez.

A magyar biztosítással nem rendelkező betegek dokumentálásával, illetve a térítési díj megállapításával kapcsolatban az ellátó helyek a Finanszírozási és Kontrolling osztályon kérhetnek felvilágosítást.

A járóbeteg rendeléseken térítés ellenében ellátott betegek a térítési díjat a mozgópénztár munkarendjén kívül eső időben az „ADATLAP” alapján kiállított számla ellenében a Sürgősségi Betegellátó Osztályon fizetik be. Az „ADATLAP” kitöltése ebben az esetben az ellátó járóbeteg-rendelés feladata.

A Magyarország területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának, valamint az egészségügyi szolgáltatás biztosítására kötött megállapodás egyes szabályairól szóló 28/2020. (VIII. 19.) EMMI rendelet 2. § (2) bekezdés alapján a térítési díj sürgősségi ellátások esetén a Tbj. 46. § (2) bekezdése szerinti személyek esetében a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (a továbbiakban: NEAK) által fizetett finanszírozási díjjal megegyező összeg, de legfeljebb ellátási esetenként hétszázötvenezer forint.

A Tbj. 46. § (2) bekezdés szerinti személy az, aki az **egészségügyi szolgáltatási járulékfizetésre kötelezett, de a 43. § (1) bekezdés a) pontja szerinti fizetési kötelezettségét nem teljesíti** és az ebből keletkező hátralék összege meghaladja az egészségügyi szolgáltatási járulék havi összegének hatszorosát, a Társadalombiztosítási Azonosító Jel (a továbbiakban: TAJ szám) egészségügyi szolgáltatás igénybevétele vonatkozásában érvénytelen („barna” TAJ), az egészségügyi szolgáltatás térítésmentesen nem vehető igénybe./

A Sürgősségi Betegellátó osztályon ellátottak az alábbiak szerint sávos térítési díjat fizetnek:

Sáv	Vizsgálat	Díj	Jelölés: X
I. sáv	alapellátás (fizikális vizsgálat és/vagy traumatológiai ellátás, gyógyszerrendelés, EKG)	20 000,- Ft	
II. sáv	alapellátás (fizikális vizsgálat és/vagy traumatológiai ellátás, gyógyszerrendelés, EKG + RTG és/vagy UH)	40 000,- Ft	
III. sáv	alapellátás (fizikális vizsgálat és/vagy traumatológiai ellátás, gyógyszerrendelés, EKG+ RTG és/vagy UH és/vagy CT)	100 000,- Ft	

28/2020. (VIII. 19.) EMMI rendelet 2. § (2) alapján a térítési díj a NAV járuléktartozás miatt érvénytelen TAJ számú („barna” TAJ) személyek esetében azonban a NEAK által fizetett finanszírozási díjjal megegyező összeg.

A fizetési kötelezettségről a Finanszírozási és Kontrolling osztály a 8/A. sz., vagy a 8. sz. mellékletnek megfelelő ADATLAPOT állít ki. A Finanszírozási és Kontrolling osztály munkarendjén kívül eső időben a Sürgősségi Betegellátó Osztály feladata. A térítési díjat az ADATLAP alapján kiállított számla ellenében a beteg a Mozgópénztárban, a Mozgópénztár munkarendjén kívül eső időben a Sürgősségi Betegellátó Osztályon fizeti be.

A nem Sürgősségi Betegellátó osztály által indikált CT vizsgálatokért az egészségügyi ellátásra nem jogosult járóbetegek az alábbiak szerint megállapított térítési díjat fizetnek:

CT vizsgálatok térítési díja	Ft
Agykoponya natív CT vizsgálata	30 000
Agykoponya CT vizsgálat iv. kontrasztanyag adását követőleg	64 000
Agykoponya CT vizsgálat natív plusz iv. kontrasztanyag adását követőleg	95 000
Orbita célzott CT vizsgálata natív (vékony szeletes)	30 000
Arckoponya CT vizsgálata natív	30 000
Gerinc CT vizsgálata (min. 2 csigolya szegmentum) natív	30 000
Nyaki lágyrész CT vizsgálata natív	30 000
Nyaki lágyrész CT vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag adását követőleg	105 000
Mellkas CT vizsgálata natív	40 000
Mellkas CT vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag adását követőleg	123 000
Teljes has CT vizsgálata natív	40 000

Teljes has és medence CT vizsgálata natív	66 000
Teljes has és medence CT vizsgálata natív és iv. kontrasztanyag adását követőleg	159 000
Medence CT vizsgálata natív	30 000
Medence CT vizsgálata natív és iv. kontrasztanyag adását követőleg	110 000
Végtag CT vizsgálata natív	30 000
Végtag CT vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag adását követőleg	99 000

A térítési díjat az „ADATLAP” alapján kiállított számla ellenében a beteg a Mozgópénztárba fizeti be. Az „ADATLAP” kitöltése a Finanszírozási és Kontrolling osztály munkarendjén kívül eső időben az ellátó rendelés feladata, a térítési díj befizetése a Sürgősségi Betegellátó Osztályon történik.

7. A magyar biztosítással rendelkező betegek által is csak térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások térítési díja

A biztosított által is csak a költségek teljes térítése mellett vehetők igénybe a társadalombiztosítás által nem finanszírozott egészségügyi szolgáltatások. A térítési díj ellenében igénybe vehető beteg ellátásának dokumentálása „4-es” térítési kategóriával (egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján az egészségbiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítésköteles ellátása) történik.

7.1. A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretébe nem tartozó egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díja

A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretében igénybe nem vehető egyes egészségügyi szolgáltatások körét és térítési díját a 284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet tartalmazza. A rendelet változásait a Szabályzat módosításokkal követi. A biztosított betegek számára is csak térítés ellenében nyújtható egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjait a Korm. rendelettel összhangban a 9. sz. melléklet tartalmazza.

7.2. Terhesség-megszakítás és művi meddőtétel térítési díja

Az Ebtv. 18. §-a, valamint a végrehajtásáról szóló 46/1997. (XII.17.) NM rendelet értelmében a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátások közül Kórházunkban végzett ellátások:

▫ Terhesség-megszakítás, nem orvosi indikációra

A nem orvosi indikációra végzett terhesség megszakítás térítési díjáról a 32/1992. (XII.23.) NM rendelet intézkedik, amely a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. tv. végrehajtását szabályozza. A terhesség megszakítás díját a kérelmező az Egészségbiztosítási Alap számlájára fizeti be. A beavatkozás elvégzésének feltétele a térítési díj befizetésének igazolása.

▫ Sterilizáció, nem orvosi indikációra

A biztosított kérésére végzett művi meddőtétel térítési díját a 10. sz. melléklet tartalmazza. A térítési díjat a beavatkozásra váró a Kórház pénztárába fizeti be. A beavatkozás kérelmezéséhez szükséges formanyomtatványt a 11.A és 11.B sz. melléklet tartalmazza.

7.3. Kiskorú beteg kapcsolattartási joga, biztosított szállás

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 11. § (4) szerint a kiskorú betegnek joga van arra, hogy szülője, törvényes képviselője, illetőleg az általa vagy törvényes képviselője által megjelölt személy mellette tartózkodjon. A szülő, törvényes képviselő, illetőleg az általa vagy törvényes képviselője által megjelölt személy részére az ágy biztosítása térítésmentes.

A gyermekükkel együtt felvett szülő/kísérő részére, amennyiben az emelt/kiemelt komfortfokozatú kórtermet kívánja igénybe venni, erre térítés ellenében lehetősége van, melynek díját a 12. sz. melléklet tartalmazza.

7.4. Extrém sportolás közben bekövetkezett balesetekhez kapcsolódó ellátások

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. tv. (Ebtv.) 18.§ (6) bekezdés alapján, az egészségügyi alap terhére nem vehetők igénybe a különösen veszélyes (extrém) sportolás, szórakoztató-szabadidős tevékenység közben bekövetkezett baleset miatt szükségessé vált ellátások. Az Ebtv. végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 5/B. § (1) bekezdés szerint különösen veszélyes (extrém) sportnak, szórakoztató-szabadidős tevékenységnek minősül: a) vízisízés, b) jet-ski, c) vadvízi evezés, d) hegy- és sziklamászás az V. foktól, e) magashegyi expedíció, f) - g) bázisugrás, mélybe ugrás (bungee jumping), h) falmászás, i) roncsautó (auto-crash) sport, rally, j) hőlégballonozás, k) félkezes és nyílttengeri vitorlázás, l) sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés.

A felsorolt veszélyes sportok következtében bekövetkezett baleset miatt szükségessé vált ellátásokért a Kórház a NEAK finanszírozással egyező térítési díjakat számítja fel.

7.5. Foglalkozás-egészségügyi alkalmassági vizsgálat térítési díja

Az Ebtv. 18. § (6) bekezdése alapján térítési díj ellenében vehetők igénybe a külön jogszabályban meghatározott foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások, amennyiben azok nem az ellátást igénybe vevő biztosított foglalkozási megbetegedése, illetőleg üzemi balesete miatt váltak szükségessé.

1. A munkáltatók, a kormányhivatalok, a járási hivatalok, továbbá a szakmai képzés szervezője - külön jogszabályi előírás, vagy a szolgáltatást nyújtóval kötött eltérő megállapodás hiányában - a foglalkozás-egészségügyi szolgálatról szóló 89/1995. (VII. 14.) Kormányrendelet 1. melléklete szerinti díj megfizetésére kötelesek.

1.1. A munkáltató által fizetendő díjak:

▫ „D” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében	5.000,- Ft/fő/év
▫ „C” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében	6.800,- Ft/fő/év
▫ „B” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében	8.400,- Ft/fő/év
▫ „A” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében	10.000,- Ft/fő/év

1.2. Az állami foglalkoztatási szervként eljáró fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a szakmai képzés szervezője által - eltérő megállapodás hiányában - fizetendő díjak:

- Az állami foglalkoztatási szervként eljáró fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a szakmai képzés szervezője által beutalt személyszakmai alkalmassági vizsgálata beiskolázás előkészítése érdekében 2.500,- Ft/fő/ eset
- szakmai alkalmassági vizsgálata munkaközvetítés előkészítése érdekében 2.800,- Ft/fő/ eset
- A foglalkoztathatósági szakvéleményezés díjtételét a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló jogszabály határozza meg. (284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet 2. sz. melléklet)

A foglalkoztathatóság szakvéleményezése

- | | |
|---|------------------|
| a) közfoglalkoztatási jogviszonyhoz szükséges szakvélemény esetén | 6000 Ft/fő/ eset |
| b) a büntetésként kiszabott közérdekű munka végrehajtásához szükséges szakvélemény esetén | 6000 Ft/fő/ eset |
| c) az a) és a b) pontban nem említett esetben | 3300 Ft/fő/ eset |

A kormányrendelet változását a mellékletben szereplő adatok automatikusan követik.

7.6. Esztétikai célú plasztikai sebészeti beavatkozások térítési díja

A szolgáltatás jelenleg felfüggesztve.

7.7. Fogászati szakellátás térítési díja

A fogászati szolgáltatók minden olyan esetben, amikor a vonatkozó jogszabályok szerint a beteg az adott ellátás vonatkozásában nem esik térítésmentes körbe, a 17. sz. melléklet szerinti térítési díjat kötelesek alkalmazni. A térítési díjat az ellátott a beavatkozást megelőzően készpénzes számla ellenében a helyszínen fizeti be.

7.8. Krónikus ágyon történő ápolás térítési díja

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet szerint:

3 § (4) A biztosítottat

- a) krónikus ápolás finanszírozására szerződött egészségügyi szolgáltatónál történő intézeti ápolásra a házi orvos és a fekvőbeteg-gyógyintézet orvosa utalhatja be.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény

23/A. § „A biztosított kiegészítő térítési díj mellett jogosult

...

- c) amennyiben állapota indokolja, az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra, ideértve a szükséges gyógyszereket és az étkezést is.”

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 37. § (5) d) „a 00015 kódszámú szakmai csoportba sorolt krónikus osztályról jelentett ápolási eset a felvétel hónapját követő hetedik hónaptól a 00001 kódszámú ápolási tevékenység szakmai szorzójának alkalmazásával számolható el.”

Térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet 1. számú melléklet 5. pontja szerint: „Az Ebtv. 23/A. § c) pontja alapján az ápolási osztályon orvosi beutalás alapján történő elhelyezés és ápolás esetén, illetve krónikus fekvőbeteg-ellátásban ápolási díjjal finanszírozott biztosított után a kiegészítő térítési díj 800 Ft/nap.”

A különböző szintű krónikus ápolás térítési díjait a 13. sz. melléklet tartalmazza.

Alap szintű szolgáltatás díja:

A szolgáltatás tartalmazza az ellátott korának, egészségi állapotának megfelelő, 6-7-10 ágyas kórteremben történő elhelyezését, ahol az ápolásához, kényelmének biztosításához szükséges tárgyi feltételek rendelkezésre állnak.

- A jogszabályban meghatározott alapellátás keretében biztosított szolgáltatások (NEAK által támogatott): napi háromszori + 1 kiegészítő étkezés;
- egészségügyi hotelszolgálat (ápolás, szállás, ágynemű és mosatása, takarítás);
- sürgősségi ellátás;
- teljes körű kórházi háttér egészségi állapotnak megfelelően;
- gyógyszer és egyéb egészségügyi anyagok.

Az alapszintű szolgáltatás 6 hónapig térítésmentesen, a 7. hónaptól kiegészítő térítési díj ellenében vehető igénybe.

Emelt szintű szolgáltatás díja:

Kórházunk lehetőséget biztosít betegek számára copayment fizetése ellenében krónikus ágyon történő emelt szintű szolgáltatás igénybevételére. A szolgáltatás tartalmazza az ellátott korának, egészségi állapotának megfelelő, 6-7-10 ágyas kórteremben történő elhelyezését, ahol az ápolásához, kényelmének biztosításához szükséges tárgyi feltételek rendelkezésre állnak.

- A jogszabályban meghatározott alapellátás keretében biztosított szolgáltatások (NEAK által támogatott): napi háromszori + 1 kiegészítő étkezés;
- egészségügyi hotelszolgálat (ápolás, szállás, ágynemű és mosatása, takarítás);
- sürgősségi ellátás;
- teljes körű kórházi háttér egészségi állapotnak megfelelően;
- gyógyszer és egyéb egészségügyi anyagok.

A NEAK által támogatott kötelezően biztosítandó szolgáltatáson felüli, az intézmény által biztosított emelt szintű kiegészítő szolgáltatások:

- emelt szintű elhelyezési komfort biztosítása (szobánként televízió, hűtőszekrény, saját eszközök behozatalának lehetősége);
- szobánként vizesblokk biztosítása;
- ingyenes internet elérés Wi-Fi biztosításával;
- segítségnyújtást a szociális ügyek vitelében szociális munkás bevonásával.

Kiemelt szintű szolgáltatás díja:

Kórházunk lehetőséget biztosít betegek számára copayment fizetése ellenében krónikus ágyon történő kiemelt

szintű szolgáltatás igénybevételére. A kiemelt szolgáltatás tartalmazza az ellátott korának, egészségi állapotának megfelelő, 2 ágyas kórteremben történő elhelyezését, ahol az ápolásához, kényelmének biztosításához szükséges tárgyi feltételek rendelkezésre állnak.

A jogszabályban meghatározott alapellátás keretében biztosított szolgáltatások (NEAK által támogatott):

- napi háromszori + 1 kiegészítő étkezés;
- egészségügyi hotelszolgálat (ápolás, szállás, ágynemű és mosatása, takarítás);
- sürgősségi ellátás;
- teljes körű kórházi háttér egészségi állapotnak megfelelően;
- gyógyszer és egyéb egészségügyi anyagok,

A NEAK által támogatott kötelezően biztosítandó szolgáltatáson felüli, az intézmény által biztosított kiemelt szintű kiegészítő szolgáltatások:

- 2 ágyas kórteremben való elhelyezés;
- légkondicionáló berendezés;
- emelt szintű elhelyezési komfort biztosítása (szobánként televízió, hűtőszekrény, saját eszközök behozatalának lehetősége);
- szobánként vizesblokk biztosítása;
- ingyenes internet elérés Wi-Fi biztosításával;
- segítségnyújtást a szociális ügyek vitelében szociális munkás bevonásával.

Az emelt (19. sz. melléklet) és kiemelt (20. sz. melléklet) szintű, illetve a 7. hónaptól az alap szintű (18. sz. melléklet) szolgáltatás igényléséről három példányban Megállapodás készül, melyet a Kórház részéről a szociális munkás (ill. helyettese) írhat alá. Az elhelyezés minimum kettő hétre, maximum fél évre szól. További ellátás esetén a beteget a hetedik hónaptól térítési díjfizetési kötelezettség terheli. Az emelt szintű szolgáltatás díját legalább 1 havi időintervallumokra előre kell megfizetni az aláírt Megállapodás bemutatásával a Kórház házipénztárában. Amennyiben a szolgáltatást a befizetett napok számánál rövidebb ideig vették igénybe, a befizetett díj arányosan visszafizetésre kerül a Megállapodást Kórház részéről aláíró személy igazolása mellett.

7.9. Halottkezelési díj

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. tv. 222/A. § (1) bekezdése értelmében „Egészségügyi intézményben végezhető, temetkezési szolgáltatásnak nem minősülő halottkezelési tevékenység a holttest

- a) hűtése azt a naptári napot követő naptól, amely naptári napon a holttest eltemetésére a temetésre kötelezett engedélyt kapott,
- b) egészségügyi intézményen belüli szállítása,
- c) mosdatása,
- d) öltöztetése,
- e) borotválása,
- f) rekonstruálása.

A halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról szóló 351/2013. (X. 4.) Korm. rendelet 38. § (1) bekezdése szerint, ha kormányrendelet ettől eltérően nem rendelkezik, a holttest tárolásának és hűtésének költségeit az eltemetéshez szükséges halottvizsgálati bizonyítványnak - vagy ha az ügyben eljáró hatóság által kiállított temetési engedély ekkor még nem áll rendelkezésre, a temetési engedélynek - a kiállítását követő első munkanapig, vagy a temetési engedélyben a temetés legközelebbi időpontjaként megjelölt napig természetes halál esetén a kórbonctani vizsgálatot végző intézmény, nem természetes halál esetén az ügyben eljáró hatóság viseli.

(2) Ha kormányrendelet ettől eltérően nem rendelkezik, a holttest orvosi rendelőre történő kórbonctani vizsgálat céljából végzett szállításának és boncolásának költségeit a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, hatósági vagy igazságügyi boncolás céljából történő szállításának és boncolásának költségeit az ügyben eljáró hatóság viseli.

(3) Ha kormányrendelet ettől eltérően nem rendelkezik, a boncolás helyéről a holttest temetőbe, temetkezési emlékhelynek minősülő helyre, hamvasztóüzembe, valamint a temetkezési szolgáltató telephelyére történő szállításának, továbbá - az (1) bekezdésben foglalt időpontot követően - tárolásának és hűtésének költségeit az eltemettetésre kötelezett viseli. Az egészségügyi intézményben az (1) bekezdésben foglalt időponttól történő hűtés költségeit az egészségügyi szolgáltató az eltemettetésre kötelezett személytől és a nevében eljáró temetkezési szolgáltatótól egyetemlegesen követelheti.

A kórház az intézményben végezhető, temetkezési szolgáltatásnak nem minősülő halottkezelési tevékenységért (holttest hűtése, mosdatása, öltöztetése, borotválása, intézményen belüli szállítása) térítési díjat számol fel. A halottvizsgálati bizonyítvány kiállítását követő első munkanapig a halott kórházi tárolása és hűtése térítésmentes, **ezt követően az első naptári naptól minden megkezdett nap után térítési díjat kell fizetni.** A halott tárolásának és hűtésének térítési díját és a halottkezelési tevékenységek díjait a 22. számú melléklet tartalmazza. A térítési díjat a hozzátartozó/eltemettető vagy az általa megbízott temetkezési szolgáltató az Informatikai osztályon kiállított bizonylat alapján átutalással, vagy pénztári teljesítéssel egyenlíti ki. A közköltséges temetések hűtési díját Dunaújváros Megyei Jogú Város Önkormányzata átutalással egyenlíti ki.

Kórházunkban dolgozó munkavállalók és közvetlen hozzátartozói (házastárs-élettárs, gyermek, szülő, testvér) esetén hűtési díjat nem számolunk fel.

7.10. Traumatológiai implantáció térítési díja

Traumatológiai osztályunkon az implantációs műtétek NEAK finanszírozottak, de lehetőség van az implantátum térítése mellett előre tervezhető implantációs műtétek (térd- és combnyakprotézis) igénybevételére is.

A beteg az általa vásárolt implantátumot a forgalmazónak (gyártónak) fizeti, azaz közvetlenül a cég számlájára utal. A kórházi ellátás a beteg számára térítésmentes, NEAK finanszírozott. Az eset jelentésekor a beavatkozás típusa (T) 7-es kóddal történik.

7.11. Szemészeti implantációs műtétek térítési díja

Szemészeti osztályunkon lehetőség van egészségügyi ellátásra jogosultak számára a) az implantátum, vagy b) a teljes beavatkozás térítése ellenében előre tervezhető implantációs műtétek (szemlencse implantáció)

igénybevételére:

- a) Az implantátum térítési díja: a mindenkorai beszerzési egységár + ÁFA.
- b) A teljes beavatkozás térítési díja: a beavatkozás NEAK finanszírozás szerinti Ft értékének 3000 Ft/eset adminisztrációs költséggel növelt összege.

A térítési díjat a beteg a műtét előtt fizeti be a Kórház pénztárába. A térítési díj csak a beavatkozás elmaradása esetén fizetendő vissza az osztályvezető főorvos igazolása és a befizetési pénztárbizonylat bemutatásával.

Az eset jelentése 4. térítési kategóriával (nem NEAK elszámoltként) történik.

7.12. Gyakorlati oktatások díjtételei

Szakmajegyzékben szereplő szakmák, illetve szakképesítések megszerzésére irányuló gyakorlat díja, melyet a 23. sz. melléklet tartalmaz.

Gyakorlati oktatások díjára vonatkozó mentességet a 23. sz. melléklet tartalmazza.

7.13. Széklet-calprotectin vizsgálat térítési díja

Gastroenterológiai szakrendelésünkön lehetőséget biztosítunk térítés ellenében széklet-calprotectin vizsgálat igénybevételére. Ez a vizsgálat alkalmas hasmenés esetén az IBD (gyulladásos bélbetegség) és az IBS (irritábilis bél syndroma) elkülönítésére, illetve az IBD aktivitásának megítélésére. A vizsgálatot a TB nem finanszírozza.

A vizsgálat térítési díját a laboratóriumot üzemeltető Synlab Kft-nek kell megfizetni.

7.14. Altatásos colonoszkópia és gasztroszkópia térítési díja

Gastroenterológiai szakrendelésünkön lehetőséget biztosítunk térítés ellenében altatásos colonoszkópia, gasztroszkópia vizsgálat igénybevételére. Altatásos gasztroszkópia igénybevételére csak orvosi javaslatra van lehetőség.

A vizsgálatok térítési díját a 24. sz. melléklet tartalmazza. A térítési díjat számla ellenében a vizsgálat elvégzése előtt a kórház pénztárába kell befizetni a szakrendelés által kiadott igazolás alapján.

Kórházunkban dolgozó munkavállalók és közvetlen hozzátartozói (házastárs-élettárs, gyermek, szülő, testvér) esetén a vizsgálat térítésmentes.

7.15. Egészségügyi dokumentáció másolat kiadásának térítési díja

A természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS (EU) 2016/679 RENDELETE (továbbiakban: GDPR) az érintett hozzáférési jogát taglaló 15. cikkének (3) bekezdésében kimondja „Az adatkezelő az adatkezelés tárgyát képező személyes adatok másolatát az érintett rendelkezésére bocsátja. Az érintett által kért további másolatokért az adatkezelő az adminisztratív költségeken alapuló, észszerű mértékű díjat számíthat fel. Ha az érintett elektronikus úton nyújtotta be a kérelmet, az információkat széles körben használt elektronikus formátumban kell rendelkezésre bocsátani, kivéve, ha az érintett másként kéri.” A rendelet alapján az egészségügyi dokumentációról az első alkalommal kért másolat térítésmentes. Minden további másolat kiadása térítés ellenében lehetséges, melynek térítési díját a 21. számú melléklet tartalmazza.

Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 7. § (3) Az érintettnek az (EU) 2016/679 európai parlamenti és tanácsi rendelet 15. cikk (3) bekezdésében meghatározott, az adatkezelés tárgyát képező személyes adatok minden további másolatért miniszteri rendeletben meghatározott költségelemek alapján díjat kell fizetni.

(4) A (3) bekezdés szerinti jog

- a) az érintett ellátásának időtartama alatt az általa írásban felhatalmazott személyt,
- b) az érintett ellátásának befejezését követően az általa teljes bizonyító erejű magánokiratban felhatalmazott személyt illeti meg.

Egészségügyi dokumentáció másolatának kiadása a 21/A. számú melléklet szerinti írásos kérelem alapján lehetséges. A térítési díj befizetése a kórház pénztárában történik.

7.16. Csontsűrűség mérés térítési díja

A Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet előjegyzés alapján térítés ellenében csontsűrűség mérést végez.

Térítéses vizsgálatra beutalóval érkezhetsz a beteg.

A térítési díjakat a 14. számú melléklet tartalmazza.

8. Magyar biztosítással rendelkező betegek részére saját kérésükre biztosítható többletszolgáltatások térítési díja

A biztosított által is csak részleges térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások körét az Ebtv. 23. §., a kiegészítő térítési díj mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások körét az Ebtv. 23/A. §. tartalmazza. A részleges térítési díjak az egészségügyi szolgáltató bevételeit képezik azzal, hogy a szolgáltató a finanszírozási szerződés alapján nem számolhatja el a részleges térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatás részleges térítési díjjal fedezett részét.

8.1. Emelt szintű hotelszolgáltatás térítési díja

Az egészségügyi ellátás keretében a biztosított a kezelőorvos által gyógyító céllal rendelt, az egészségbiztosításért felelős miniszter által az adott ellátásra meghatározott finanszírozási eljárási rend, valamint a vizsgálati és terápiás eljárási rend szerinti szolgáltatásokra jogosult. Az egészségügyi szolgáltató a **biztosított kérésére** az Ebtv. 23/A § figyelembevételével térhet el a finanszírozási eljárási rendben, illetve a vizsgálati és terápiás eljárási rendben foglaltaktól.

Kórházunk egyes osztályain (Ideggyógyászati Osztály, Szülészeti-nőgyógyászati Összevont Osztály, Belgyógyászati Összevont Osztály, Általános Sebészeti Osztály, Traumatológiai Osztály, Urológiai Osztály, Szemészeti Osztály, Felnőtt és Gyermekek Fül-orr-gége Gyógyászati Osztály) a beteg kérésére az erre a célra kialakított kórtermekben kiegészítő térítési díj ellenében emelt szintű hotelszolgáltatást biztosítunk. A kétágyas emelt komfortfokozatú kórtermeket 2 fő vagy 1 fő elhelyezésével (saját kérésre) lehet igénybe venni.

Az emelt komfortfokozatú kórtermek felszereltsége (az egyes osztályokon eltérő lehet): önálló vizesblokk, televízió, hűtőszekrény, mikrohullámú sütő, wifi hozzáférés, légkondicionáló berendezés.

Amennyiben a beteg nem saját kérésére kerül emelt komfortfokozatú szobába, az emelt szintű hotelszolgáltatásért nem kell fizetnie. Az emelt szintű hotelszolgáltatás biztosított és nem biztosított beteg részére egyaránt igénybe vehető. Az **emelt szintű hotelszolgáltatás térítési díját a 12. sz. melléklet** tartalmazza.

Magasabb komfortfokozatú szobák igénybevételének térítési díja és a befizetés rendje:

- A térítési díj fizetésének alapja a beteg által igénybe vett ápolási napok száma (eltöltött éjszakák száma).
- A távozás napjára térítési díj nem kerül megállapításra.
- Az ellátott a térítési díjat - a Zárójelentés átvétele előtt - a Kórház pénztárába fizeti be az osztályon kiállított formanyomtatvány alapján (12. sz. melléklet).
- Térítési díj visszatérítésre nincs lehetőség.

9. A térítési díjak mérséklése, elengedése

A. Emelt szintű hotelszolgáltatás igénybevétele esetén biztosított kedvezmények:

- kórházunkban dolgozó munkavállalók, illetve azon nyugdíjasok részére, akik legalább 10 év munkaviszonyt követően intézményünkéből kerültek nyugállományba az emelt szintű kórtermek igénybevétele térítésmentes,
- kórházunkban dolgozó munkavállalók közvetlen hozzátartozóinak (házastárs/élettárs, gyermek, szülő, testvér) a térítési díjat a 12. sz. melléklet tartalmazza,
- Dunaújváros és vonzáskörzete alapellátás egészségügyi dolgozóinak, Dunaújvárosi Mentőállomáson és Dunaújváros Megyei Jogú Város Önkormányzatánál dolgozóknak a térítési díját a 12. sz. melléklet tartalmazza.

B. Szelektív laeseres gonioplastica kezelés igénybevétele esetén biztosított kedvezmények:

- kórházunkban dolgozó munkavállalók részére végzett kezelés térítési díja
19.500,- Ft/beavatkozás

C. Altatásos colonoszkópia, gasztroszkópia vizsgálat igénybevétele esetén biztosított kedvezmények:

- kórházunkban dolgozó munkavállalók és közvetlen hozzátartozói (házastárs-élettárs, gyermek, szülő, testvér) esetén a vizsgálat térítésmentes.

D. Kórházunkban dolgozó munkavállalók és közvetlen hozzátartozói (házastárs-élettárs, gyermek, szülő, testvér) esetén halottkezelési díjat nem számolunk fel.

E. Gyakorlati oktatások díjára vonatkozó mentességet a 23. sz. melléklet tartalmazza.

10. Hatálybalépés, kifüggesztés

1. Jelen Szabályzat végrehajtásához szükséges intézkedések megtétele és ellenőrzése az intézményvezető hatás- és jogköre, aki jogosult a fenti feladatokat az általa kijelölt személyekre írásban átruházni.

2. A behajtással kapcsolatos eljárási rend intézkedései és ellenőrzései a gazdasági igazgató hatás- és jogköre, aki jogosult a feladatot az általa kijelölt személyekre írásban átruházni.
3. Jelen Szabályzatot a fenntartó OKFŐ-nek jóváhagyásra megküldjük.
4. Jelen Szabályzat és mellékletei évente felülvizsgálatra kerülnek.
5. Jelen szabályzat díjtételeit jóváhagyás után a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII.23.) Korm. Rendelet értelmében - a kórház területén, a betegek által is látható helyen ki kell függeszteni, illetve a kórház honlapján közzétenni.
6. Jelen Szabályzat a fenntartó OKFŐ jóváhagyása napját követő napon lép hatályba. A hatályba lépéssel egyidejűleg a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet 2023. 02. 16-án jóváhagyott „Térítési díj szabályzata” hatályát veszti.

11. Mellékletek

1. sz. melléklet: Országkódok az európai egészségbiztosítási kártya alkalmazásához
- 2.A. sz. melléklet: Államközi egyezményekben részes államok
- 2.B. sz. melléklet: Egészségügyi együttműködési egyezmények alapján az ellátás dokumentálása
3. sz. melléklet: FELVILÁGOSÍTÁS a tervezett ellátás várható költségeiről
4. sz. melléklet: NYILATKOZAT EU állampolgár térítésmentes ellátásigénybevételéről formanyomtatvány
5. sz. melléklet: „ELISMERVÉNY” formanyomtatvány
6. sz. melléklet: Aktív és krónikus fekvőbeteg ellátás, valamint járóbeteg szakellátás és diagnosztikai szolgálat térítési díjtételei
7. sz. melléklet: ADATLAP fizető fekvőbetegek ellátásáról számla készítéséhez formanyomtatvány
8. sz. melléklet: ADATLAP fizető járóbetegek ellátásáról számla készítéséhez formanyomtatvány
- 8/A. sz. melléklet: ADATLAP a Sürgősségi Betegellátó osztályon ellátottak, illetve a rendelési időn kívül ellátott járóbetegek térítési díj fizetési kötelezettségéről
9. sz. melléklet: Térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások díja
10. sz. melléklet: Művi meddővététel térítési díja
11. sz. A és B melléklet: Betegtájékoztató, kérelem és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz *(művi meddővététel)*
12. sz. melléklet: Emelt szintű hotelszolgáltatás térítési díja
13. sz. melléklet: Krónikus ágyon történő betegellátás térítési díja
14. sz. melléklet: Csontsűrűség mérés térítési díja
15. sz. melléklet: Foglalkozás-egészségügyi szolgálat térítési díja
16. sz. melléklet: Esztétikai célú plasztikai sebészeti beavatkozások térítési díja
17. sz. melléklet: Fogászati szakellátás térítési díja
18. sz. melléklet: „Megállapodás” krónikus ágyon történő ápolás igénybevételéhez a 7. hónaptól (alap szintű)
19. sz. melléklet: „Megállapodás” krónikus ágyon történő ápolás igénybevételéhez (emelt szintű)
20. sz. melléklet: „Megállapodás” krónikus ágyon történő ápolás igénybevételéhez (kiemelt szintű)
21. sz. melléklet: Egészségügyi dokumentáció másolat térítési díja
- 21/A. sz. melléklet: Egészségügyi dokumentáció kikérő lap
22. sz. melléklet: Halottkezelési díj
23. sz. melléklet: Gyakorlati oktatások díjtételeinek kiszámlázási adatlapja
24. sz. melléklet: Altatásos colonoszkópia és gasztroszkópia térítési díja

Országkódok az európai egészségbiztosítási kártya alkalmazásához

Sorszám	Országkód	Megnevezés
1.	AT	Ausztria
2.	BE	Belgium
3.	BG	Bulgária
4.	CY	Ciprus
5.	CZ	Csehország
6.	DK	Dánia
7.	EE	Észtország
8.	FI	Finnország
9.	FR	Franciaország
10.	GR	Görögország
11.	HR	Horvátország
12.	IS	Izland
13.	IE	Írország
14.	IT	Olaszország
15.	LV	Lettország
16.	LI	Liechtenstein
17.	LT	Litvánia
18.	LU	Luxemburg
19.	DE	Németország
20.	NO	Norvégia
21.	MT	Málta
22.	NL	Hollandia
23.	PL	Lengyelország
24.	PT	Portugália
25.	RO	Románia
26.	ES	Spanyolország
27.	SE	Svédország
28.	SK	Szlovákia
29.	SI	Szlovénia
30.	UK	Egyesült Királyság (Nagy-Britannia)
31.	CH	Svájc (EGT szerint kezelendő)

2.A. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 5.2. pont**Államközi egyezményben részes államok**

Sorszám	Államközi egyezmények
1.	Angola (17/1984.(II.27.) MT rendelet)
2.	Észak-Korea (14/1975.(V.14.) MT rendelet) - csak a Koreai Népi Demokratikus Köztársaság (KNDK) állampolgárai esetében alkalmazandó
3.	Irak (47/1978.(X.4.) MT rendelet)
4.	Jordánia (15/1981.(V.23.) MT rendelet)
5.	Jugoszlávia utódállamai – Macedónia, Koszovó esetében alkalmazandó (1959.évi 20. tvr.)
6.	Bosznia-Hercegovina (2009. évi II. törvény 12. cikke)
7.	Montenegró (2008. évi LXXII. törvény 12. cikke)
8.	Szerbia (2013. évi CCXXXIV. törvény 12. cikke)
9.	Kuvait (33/1979.(X.14.) MT rendelet)
10.	Szovjetunió utódállamai - csak Ukrajna esetében alkalmazandó (1963. évi 16. tvr.)

2.B. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 5.2. pont

Egészségügyi együttműködési egyezmények alapján az ellátás dokumentálása

Egészségügyi együttműködési egyezmények alapján az ellátás dokumentálása					
Sorszám	Ország	Állampolgárság	Szükséges iratok	Ellátás	Térítési kat.
1.	Angola	AGO	útlevél	sürgős	3
2.	Észak-Korea (csak KNDK állampolgárai)	PRK	útlevél	sürgős	3
3.	Irak	IRQ	útlevél	sürgős	3
4.	Jordánia	JOR	útlevél	sürgős	3
5.	Kuvait	KWT	útlevél	sürgős	3
6.	Ukrajna	UKR	útlevél	sürgős	3
7.	Koszovó	UNK	útlevél	sürgős	3
8.	Macedónia	MKD	útlevél	sürgős és tervezett	E
9.	Montenegró	MNE	CG/HU 111 nyomtatvány	sürgős	E
10.			CG/HU 112 nyomtatvány	tervezett	E
11.	Bosznia-Hercegovina	BIH	BH/HU 111 nyomtatvány	sürgős	E
12.			BH/HU 112 nyomtatvány	tervezett	E
13.	Szerbia	SRB	SRB/HUN 111 nyomtatvány	sürgős	E
14.			SRB/HUN 112 nyomtatvány	tervezett	E
A fentiektől eltérő feltételekkel igénybe vett egészségügyi ellátás térítésköteles.					4

3. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 6. pont

FELVILÁGOSÍTÁS

a tervezett ellátás várható költségéről

Beteg neve:

Születési idő:év.....hónap

Állampolgárság:

Lakcím:

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

Tisztelt Betegünk!

A magyarországi biztosítással vagy egészségügyi ellátásra vonatkozó szerződéssel nem rendelkező betegek ellátásának költsége az érintett beteget, illetve annak biztosítóját terheli. A költség meghatározása a Kórház érvényben lévő „Egészségügyi szolgáltatások térítési díj szabályzatában foglaltak” alapján történik.

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

Köszönjük, hogy kórházunkat megtisztelte bizalmával!

Kelt, 20.....év,hó,nap

.....

felvilágosító orvos aláírása

P.H.

A fentieket tudomásul vettem, a felajánlott kezelést elfogadom, az ellátásom során felmerülő költségek megfizetését vállalom.

.....

beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. A tanú saját kezű aláírása:

2. A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Kitöltendő 2 példányban

1. példány: beteg

2. példány betegdokumentáció

INFORMATION**About the costs of the planned supply**

Patient's name:.....

Date of birth:.....year monthday

Citizenship:.....

Address:.....

Document (Passport, ID card, driver's license, Insurance card):.....

Dear Patient,

In case of Patients do not have Hungarian insurance or contract concerning medical supply, costs of supply will be charged on the concerned Patient or the Patient's insurer. To determine the charge the Hospital transpires on the basis of „Medical services' costs regulation”.

In compliance with this the cost of Your treatment will be approximately.....HUF

Thank You for your faith!

Date: 20.... year monthday

.....

Signature of the informing doctor

I acknowledge the above, I accept the offered treatment and I undertake all the costs of my supply.

.....

Signature of the Patient

In our presence as witnesses - Witness's name and address (written by own hands, legibly)

Witness1:

Name

Witness2:.....

Name

.....

address

.....

address

Please fill in 2 copies

Copy1: Patient

Copy2: Patient Documentation

INFORMATION**von den eventuellen Kosten der geplanten Versorgung**

Name des Kranken:

Geburtszeit: Jahr: Monat: Tag:

Staatsbürgerschaft:

Adresse:

Dokument: (Reisepass, Ausweis, Führerschein, Versicherungskarte)

Geehrter Patient,

die Kosten der Versorgung der Patienten, die keine Versicherung oder keinen Vertrag bezüglich der ärztlichen Behandlung in Ungarn haben, müssen von dem Patienten selbst getragen werden. Die Kosten werden nach der aktuellen Regelung des Krankenhauses bestimmt. In diesem Sinne betragen Ihre Kosten für die Behandlung :.....HUF.

Wir bedanken uns bei Ihnen, unser Krankenhaus mit Ihrem Vertrauen geehrt zu haben.

Datum: Tag: Monat: Jahr:

.....
Unterschrift des Informierenden

P.H

Ich habe Notiz von den obengenannten genommen, ich akzeptiere die angebotene Behandlung, und ich übernehme die Kosten, die im Laufe meiner Versorgung entstehen.

.....
Unterschrift des Kranken

Vor uns, als Zeugen - Der Name und die Adresse des Zeugen waren handschriftlich, bereitwillig

1. Zeuge:
(Name)2. Zeuge:
(Name).....
Adresse.....
Adresse

In 2 Exemplaren auszufüllen

1. Exemplar: Patient

2. Exemplar: Krankendokumentation

ИНФОРМАЦИЯ**ожидаемые выгоды от предлагаемой стоимости**

Имя пациента :

Дата рождения:годмесяцдень

Гражданство:

Адрес:

Документ(паспорт ,удостоверение личности ,водительское удостоверение ,страховой полис)

.....

Уважаемые Больные!

Стоимость ухода за пациентом без Венгерского страхования или контракта на медицинское обслуживание, несет пострадавший пациент или страховик. Определение стоимости услуг происходит в соответствии установленных правил « услуг здравоохранения ».

Соответственно, ожидаемая стоимость вашего лечения:HUF

Спасибо за доверие нашей больнице!

Дата, 20.....год,месяц.....день

.....

Подпись врача

М.П.

Вышеизложенное принимаю к сведению ,согласен оплатить стоимость предлагаемого лечения.

.....

подпись пациента

Присутствие свидетелей - Ф.И.О свидетеля, адрес проживания подписано разборчиво самостоятельно от руки

1. свидетель.....
имя

2. свидетель.....
имя

.....
адрес

.....
адрес

Заполненный в двух экземплярах

1. экземпляр Пациент

2. экземпляр Документация пациента

INFORMACIÓN
de los gastos de la asistencia será de esperar

Nombre del paciente.....

Fecha de nacimiento:.....añomesdía

Nacionalidad:

La dirección

Documento (pasaporte, DNI, licencia de conducir, tarjeta segura).....

Distinguido Paciente!

El gasto de la asistencia carga el paciente afectado o la compañía a aseguradora del paciente. La determinación del gasto se ocurre sobre la base de los descripciones que están en “el reglamentación del precio servicio Sanitario” que está en el validez de la Hospital.

Adecuado a este el gasto esperanza de la asistencia de ustedHUF

¡Gracias que usted honró la Hospital con su confianza!

Fechó, 20..... año..... mes..... día

.....
Firma del doctor informativo
lugar de matasellos

Tomé las notas de arribas, acepto la tratamiento que estuve ofrecer, corro los gastos de mi asistencia.

.....
Firma del paciente

En frente de de nosotros, los testigos - El nombre y la dirección del testigo están escritos a mano, legiblemente

primero, testigo	segundo testigo
nombre	nombre

.....	
direccion	direccion

Rellenar en 2 ejemplaros

ejemplar: Paciente;

ejemplar: Documentación del paciente

4. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 6. pont

NYILATKOZAT EU ÁLLAMPOLGÁR TÉRÍTÉSMENTES ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELÉRŐL

Alulírott az Európai Unió tagállamának állampolgára elismerem, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház - Rendelőintézetosztályán /egységében kapott kezelést úgy vettem igénybe, hogy 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 ellátás igénybevételéhez szükséges Európai Egészségbiztosítási Kártya másolatát, vagy az Európai Egészségbiztosítási Kártyát Helyettesítő Igazolást, illetve az ellátásra való jogosultságot igazoló nyomtatványt kitöltve fax útján, vagy e-mail-ben és ajánlott levélben is eljuttatom a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet címére, 2400 Dunaújváros, Korányi S. utca 4-6. Fax: +36 25 550 535, e-mail: dejan@pantaleon.hu

Tudomásul veszem, hogy a vállalt határidő eredménytelen lejárta után köteles vagyok a Kórház által kiállított számla alapján az ellátás költségeit az erről szóló értesítés kézhez vételétől számított 8 napon belül a Kórház pénztárába befizetni, vagy a Kórház Magyar Államkincstárnál vezetett 10029008-00324371-00000000 számú (SWIFT kód: MANEHUHB; IBAN kód: HU 96 1002 9008 0032 4371 0000 0000) számlájára átutalni. Ennek elmaradása esetén a Kórház a követelését jogi úton érvényesíti az eljárás költségeivel egyetemben.

BETEGADATOK

Név (vezetéknév, keresztnév):

Ország: Város:

Utca, házszám:

BIZTOSÍTÁSI ADATOK:

Költségviselő:

Költségviselő címe:

Biztosítás kezdete:

Biztosítási ügyintéző elérhetősége:

Kelt, 20.....év.....hó nap

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

.....
beteg aláírása

Mellékletek: útlevél másolat, személyi igazolvány másolat, jogosítvány másolat
(megfelelő rész aláhúzendó)

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. A tanú saját kezű aláírása:

2. A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Kitöltendő 2 példányban:

1. példány Beteg;

2. példány Betegdokumentáció

STATEMENT OF EU CITIZEN'S FREE OF CHARGE SUPPLY TAKING

I, the undersigned citizen of the European Union's member state, admit that I took treatment that I got in department of St. Pantaleon Hospital-Clinic in Dunaújváros as I could not prove my entitlement to the free of charge supply at the beginning of the treatment and during its entire period. Therefore, with this statement, I oblige myself to send the necessary filled documents for taking the free of charge supply; the copy of the European Health Insurance Card or the replacement certificate of the European Health Insurance Card and the justificative form of the entitlement to the supply, within 15 (fifteen) calendar days by fax or in e-mail with registered letter to the address of St. Pantaleon Hospital-Clinic: 4-6. Korányi S. Street, Dunaújváros 2400. Fax: +36 25 550 535, e-mail: dejan@pantaleon.hu.

I recognize that after the undertaken deadline's unsuccessful expiration, I am obliged to pay in-in virtue of the written out bill by the hospital- the cost of the supply within 8 days after receiving the notification about it to the Hospital's financial office or transfer it to the Hospital's account at Hungarian State Treasury: 10029008-00324371-00000000 (SWIFT code: MANEHUHB; IBAN code: HU 96 1002 9008 0032 4371 0000 0000). In case of default the Hospital is going to enforce its habilities in judicial way together with the expenses of the procedure.

PATIENT'S DETAILS:

Name (last name, first name):.....

Country:..... City:.....

Street, number:.....

INSURANCE DETAILS:

Who bears the expenses:.....

Address of expense-bearer:.....

Beginning of the insurance:.....

Accessibility of the insurance administrator:.....

Date: 20..... year month day

I recognized and understood the above in the language I speak. I fully take responsibility for the things are therein contained.

.....
Signature of the Patient

Enclosures: copy of Passport, copy of ID card, copy of Driver's license (Please underline the suitable part)

In our presence as witnesses - Witness's name and address (written by own hands, legibly)

Witness1:

Witness2:.....

NameName

.....

address

.....

address

Please fill in 2 copies:

Copy1: Patient;

Copy2: Patient Documentation

Die Erklärung über die Beanspruchung von EU Staatsbürgern/Staatsbürgerinnen von gebürfreier Versorgung

Unterzeichnender, der Bürger des Mitgliedstaates von der Europäischen Union bestätige, dass ich im Heiligen Pantaleon-Krankenhaus Dunaújváros in der Abteilung von..... eine Behandlung bekommen habe, so dass ich zur Zeit des Beginns der Behandlung und während der ganzen Zeitdauer der kostenlosen ärztlichen Behandlung nicht im Stande gewesen bin, meinen Anspruch darauf zu rechtfertigen. Deshalb nötige ich mich dazu, mit meiner gegenwärtigen Behauptung innerhalb von 15 Kalendertagen die Kopie einer europäischen Krankenversicherungskarte oder eine Bestätigung der Krankenkasse per Fax oder in E-Mail oder in einem Einschreibebrief dem Heiligen Pantaleon-Krankenhaus auf die Adresse von Dunaújváros, 2400 Dunaújváros Korányi Sándor Straße 4-6. Fax: +3625 550 535, E-Mail: dejan@pantaleon.hu zu schicken. Ich nehme Notiz davon, dass ich gestützt auf der Rechnung obligatorisch bin, die vom Krankenhaus nach dem unfruchtbaren Ablauf des übernommenen Termins die Kosten der Versorgung, innerhalb von 8 Tagen in die Kasse des Krankenhauses zu bezahlen, sind Sie derjenige mit 10029008-00324371-00000000 Zahlen leaded am Krankenhaus Ungarische Staatskasse (SNELLER code:MANEHUHB; IBAN code: HU 96 1002 9008 0032 4371 0000 0000) oder auf Ihr Konto zu überweisen. Das Krankenhaus lässt seinen Anspruch auf einem gesetzlichen Weg zusammen mit den Ausgaben des Verfahrens im Falle des Zeitabstandes eintreiben.

KRANKENANGABEN

Name (Vorname, Nachname) :.....

Land: Stadt:

Straße, Hausnummer:

VERSICHERUNGSDATEN:

Aufwand-Träger:

Adresse des Aufwand-Trägers:

Der Anfang einer Versicherung:

Eine Verfügbarkeit eines Versicherungsverwalters:

Datum: Tag:.....Monat:.....Jahr:

Ich habe den Inhalt eines gegenwärtigen Dokumentes auf der von mir gesprochenen Sprache erkannt, und ich habe verstanden. Ich trage Verantwortung dafür, was darin erwähnt ist.

.....
Unterschrift des Kranken

Einschließungen: Reisepass-Kopie, Ausweiskopie, Führerschein-Kopie.

Vor uns, als Zeugen - Der Name und die Adresse des Zeugen waren handschriftlich, bereitwillig

1. Zeuge:
(Name)

2. Zeuge:
(Name)

.....
Adresse

.....
Adresse

In 2 auszufüllenden Exemplaren:

1. Exemplar: Patient;

2. Exemplar: Krankendokumentation

ЗАЯВЛЕНИЕ ГРАЖДАНИНА ЕС О ПРОШЕНИИ НЕОПЛАЧИВАЕМОГО УХОДА

Я, нижеподписавшийся гражданин, член Европейского Союза признаю, что находился на амбулаторном лечении в Санкт Пантелеимон Больнице г. Дунауйварош отделении. Мои права на получение бесплатной медицинской помощи, права на льготы не могут быть проверены. Этим заявлением обязуюсь в течении 15 (пятнадцати) календарных дней предоставить необходимые документы, копию Европейской карты медицинского страхования, или свидетельство замены Европейской карты медицинского страхования или свидетельство получения льгот, по факсу ,электронной почте или заказным письмом на адрес 2400 Дунауйварош, Kőrányí S. улица 4-6. Факс: +36 25550535 , э-почта: dejan@pantaleon.hu . Я признаю , что после истечения указанного срока, в течении 8 дней , послеполучения уведомления , обязуюсь выплатить указанную стоимость ухода в кассу больницы или перевести на счет № 10029008-00324371-00000000 Венгерское Государственное казначейство (SWIFT Код: MANEHUNB, IBAN: HU 96 1002 9008 0032 4371 0000 0000) . В противном случае все расходы обязуюсь оплатить.

ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

Имя (фамилия , имя, отчество) :
 Страна: Город:
 Улица :

ИНФОРМАЦИЯ СТРАХОВАНИЯ:

Владелец расхода:
 Адрес владельца расхода:
 Страхование от:
 Страховой агент контактная информация:

Дата, 20...годмесяц.....день

С содержанием документа ознакомился и несу ответственность в полном объеме.

.....
 подпись пациента

приложение: копию паспорта , копию удостоверения личности, водительские права копия
 (Подчеркните необходимости)

Присутствие свидетелей - Ф.И.О свидетеля, адрес проживания подписано разборчиво
 самостоятельно от руки

1. свидетель.....
 имя

2. свидетель.....
 имя

.....
 адрес

.....
 адрес

Заполненный в двух экземплярах:

1. экземпляр Пациент;
2. экземпляр Документация пациента

**DECLARACIÓN - CIUDADANO
DEL EU - DEL UTILIZACIÓN DE LA ASISTENCIA GRATUITA**

Yo como el ciudadano del miembro del Estado de Unión Europea concedo que el tratamiento lo que recibí en el sección/unidad de en Szent Pantaleon Kórház – Rendelőintézet Dunaújváros utilicé pero no pude comprobar que tengo derecho para utilizar la asistencia sanitario que es gratuita en el comienzo de la tratamiento y durante del tratamiento completo.

Por eso, con este declaración comprometerme a hago llegar la copia de la Tarjeta Sanitaria Europea o el certificado de la Tarjeta Sanitaria Europea y también el formulario que comproba mi derecho para utilizar la asistencia que necesita para ello que puedo utilizar la asistencia gratuita llenado a través de fax o en correo electrónico y en carta certificada a la dirección de Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet (H-2400 Dunaújváros, Korányi Sándor u. 4-6., Fax: +36 25 550 535, correo electrónico: dejan@pantaleon.hu) en 15 días.

Concedo que después del plazo que estuvo ineficaz soy obligado los gastos de la asistencia cuya cuenta se expidió por la Hospital en 8 días pagar a la caja de la Hospital o transfere a la cuenta de la Hospital cuya cuenta está en el Tesoro Público Hungaro (número de cuenta: 10029008-00324371-00000000; SWIFT código: MANEHUHB; IBAN código: HU96 1002 9008 0032 4371 0000 0000).

En case de retraso de este, la Hospital impone su haber por la vía legal junto con las gatos del procedimiento.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre (apellido, nombre).....

País: Ciudad:.....

Calle, número de casa:

DATOS DE SEGURO

Persona que paga los gastos:

La dirección de la persona que paga los gastos:

El comienzo del seguro

La disponibilidad de la administrador del seguro

Fechó, 20.....año..... mes..... día

Conocí y comprendí el contenido de este documento en el language que puedo hablar. Acepto la responsabilidad del contenido del documento por completo.

.....

Firma del paciente

Anejos: copia del pasaporte, copia del Documento National de Identidad (DNI), copia de licencia del conducir (Subrayar el parte adecuado)

En frente de de nosotros, los testigos - El nombre y la dirección del testigo están escritos a mano, legiblemente

primero, testigo
nombre

segundo testigo
nombre

.....
direccion

.....
direccion

Rellenar en 2 ejemplaros:

1. ejemplar: Paciente;

2. ejemplar: Documentación del paciente

5. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 6. pont

ELISMERVÉNY

Alulírott
 (születési hely.....születési idő.....
 lakcím.....
ország, utca, házszám, irányítószám, város
 a biztosító neve és címe.....
 biztosítás száma.....)
 elismerem, hogytólig (nap, hónap, év)
 összesen.....napot a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézetben 2400, Dunaújváros
 Korányi Sándor utca 4-6. gyógykezelés alatt álltam.
 A kórházból való távozásom alkalmával a csatolt „ADATLAP” szerinti kezelési és ápolási költségeket nem
 térítettem meg, azonban vállalom, hogy azt 15 naptári napon belül a Kórház pénztárába befizetem, vagy a Kórház
 Magyar Államkincstárnál vezetett 10029008-00324371-00000000 számú (SWIFT kód: MANEHUHB; IBAN
 kód: HU 96 1002 9008 0032 4371 0000 0000) számlájára átutalom.
 Ennek elmaradása esetén tudomásul veszem, hogy tartozásom jogi úton történő behajtását a kórház kezdeményezi
 és az eljárás költségeit is rám terheli.

.....
 szolgáltatást igénybevevő aláírása

 útlevél száma

Dátum: 20....év hó.....nap

.....
 kezelőorvos aláírása
 PH.

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Készült: 3 példányban

1. példány: Pénzügyi és számviteli osztály
2. példány: betegdokumentáció
3. példány: beteg

RECEIPT

Undersigned.....(Place of
 birth.....date of birth.....

Address.....

.....country, street, number, postcode, city

name and address of insurer.....

number of insurance.....)

I confirm that from to(day, month, year)

I was under treatment for days at St. Pantaleon Hospital-Clinic, 4-6. Korányi S. Street, Dunaújváros 2400.

I did not pay the costs of the treatment and medical attendance as started in the 'DATA CARD' –which I got when I left the Hospital- but I undertake that I am going to pay it into the hospital's financial office or I am going to transfer it to the Hospital's account at Hungarian State Treasury 10029008-00324371-00000000 (SWIFT code: MANEHUHB, IBAN code: HU 96 1002 9008 0032 4371 0000 0000)

In case of default I take full recognition of the hospital's initiating to make me pay it back in a judicial way charged with the expenses of the procedure.

.....

Signature of the user of the service

.....

Passport number

Date: 20.. year monthday

.....

Signature of the doctor

In our presence as witnesses - Witness's name and address (written by own hands, legibly)

Witness1:

Witness2:.....

Name

Name

.....

address

.....

address

Made in 3 copies:

Copy1: Financing Department;

Copy2: Patient Documentation;

Copy3: Patient

BESCHEINIGUNG

Unterzeichnender

Geburtsort: Geburtszeit:

Adresse:

.....(Land, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Stadt)

(Name und Adresse der Versicherung)

(Die Nummer der Versicherung)

Ich anerkenne es, vonbis (Tag, Monat, Jahr)

das zusammen Tage in dem Heiligen Pantaleon-Krankenhaus in Dunaújváros, 2400 Dunaújváros
Korányi Sándor Straße 4-6. unter einer Behandlung gestanden zu haben.

Ich habe die Dienst- und die Nahrauskosten gemäß dem beigefügten Datenblatt vom Krankenhaus nicht zurückgezahlt, ich erbiere mich, es in die Kasse des Krankenhauses innerhalb von 15 Kalendertagen jedoch einzuzahlen. Sie sind derjenige mit 10029008-00324371-00000000 Zahlen leaded am Krankenhaus Ungarische Staatskasse (SNELLER code: MANEHUHB; IBAN code: HU 96 1002 9008 0032 4371 0000 0000).

Oder ich übertrage es auf Ihre Rechnung. Ich nehme Notiz von der Tatsache, dass das Krankenhaus die Kosten gesetzlich eintreiben kann, und ich auch die Kosten dieser Eintreibung übernehmen muss.

.....
Unterschrift des Kranken

.....
Nummer des Passports

Datum: Tag: Monat: Jahr:

.....
Unterschrift eines medizinischen Begleiters

PH.

Vor uns, als Zeugen - Der Name und die Adresse der Zeugen waren handschriftlich, bereitwillig

1. Zeuge: 2. Zeuge:

Name

Name

.....
Adresse

.....
Adresse

In 3 Exemplaren

1. Exemplar : Finanzverwaltungsabteilung

2. Exemplar : Krankendokumentation

3. Exemplar : Patient

КВИТАНЦИЯ

Нижеподписавшийся.....
 Место рождения.....дата рождения.....
 адрес.....
(Страна , улица, номер дома , почтовый индекс, город)
 (Имя и адрес страхования)
 (Номер страховки).....
 Я признаю, что сдо..... (день , месяц, год)
 всего.....Санкт Пантелеимон больница - Клиника Дунауйварош больнице
 2400, Дунауйварош Korányi Sándor ул. 4-6. Я был на лечении.

При выписке из стационара , я не оплатил расходы за услуги , но я гарантирую, что в течении 15 календарных дней деньги поступят в кассу больницы или переведу деньги на счет 10029008-00324371-00000000 (SWIFT kód: MANEHUHB; IBAN kód: HU 96 1002 9008 0032 4371 0000 0000 венгерского государственного казначейства.

В случае задержки оплаты и начала юридического процесса ,все издержки несу я.

.....
 подпись получателя

.....
 номер паспорта

Дата: 20.....год.....месяц.....день

.....
 подпись врача
 М.П.

Присутствие свидетелей - Ф.И.О свидетеля, адрес проживания подписано разборчиво самостоятельно от руки

1. свидетель.....	2. свидетель.....
имя	имя
.....	
адрес	адрес

Получено: три копии:

1. экземпляр: Отдел финансового управления;
2. экземпляр: Документация пациента;
3. экземпляр: Пациент

RECIBO

Yo.....

(lugar de nacimiento: fecha de nacimiento:

dirección:(país, calle, número de casa, código postal, ciudad)

(el nombre y la dirección de la compañía de seguros)

(número de seguros)

concedo que de hasta

(día, mes, año) recibí tratamiento en Szent Pantaleon Kórház – Rendelőintézet Dunaújváros (2400 Dunaújváros, Korányi S. u. 4-6.) en total días.

Cuando abandoné la Hospital, no pagé los gastos según el „FORMULARIO” adjuntado pero corro que pago a la caja de la Hospital o transfiero a la cuenta del Tesoro Público Húngaro (número de cuenta: 10029008-00324371-00000000; SWIFT código: MANEHUHB; IBAN código: HU96 1002 9008 0032 4371 0000 0000) en 15 días.

En caso del retraso de este concedo que la Hospital toma la iniciativa de la recuperación de mi deuda por la vía legal y me carga los gastos del procedimiento.

.....

Firma del personaje que usar la servicio

.....

Número del pasaporte

Fecha, 20..... año..... mes..... día

.....

Firma del doctor
lugar de matasellos

En frente de de nosotros, los testigos - El nombre y la dirección del testigo están escritos a mano, legiblemente

primero, testigo segundo testigo
nombre nombre

.....
dirección

.....
dirección

Se hizo: 3 ejemplares

1. ejemplar: Parte de la administración de la moneda
2. ejemplar: Documentación del paciente
3. ejemplar: Paciente

6. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 6.1., 6.2. pont

**AKTÍV ÉS KRÓNIKUS FEKVŐBETEG ELLÁTÁS,
VALAMINT JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS ÉS DIAGNOSZTIKAI
SZOLGÁLTATÁS TÉRÍTÉSI DÍJTÉTELEI**

A. aktív fekvőbeteg ellátás:

- 1 súlyszám Ft értéke: 210.000 Ft
- intézményi szorzó: 2
- térítési díj: aktuális HBCS besorolás * 1 súlyszám Ft értéke * intézményi szorzó

B. krónikus fekvőbeteg ellátás:

- 1 ápolási nap Ft értéke: 7.000 Ft
- intézményi szorzó: 3
- térítési díj: igénybe vett ápolási napok száma * 1 ápolási nap Ft értéke * intézményi szorzó

C. járóbeteg-szakellátás és diagnosztikai szolgáltatás (járó-betegek részére):

- 1 német pont Ft értéke: 2,1 Ft
- intézményi szorzó: 4
- térítési díj: összesített WHO pontszám * 1 német pont Ft értéke * intézményi szorzó

7. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 6., 6.1. pont

A D A T L A P

FIZETŐ FEKVŐBETEGEK ELLÁTÁSÁRÓL SZÁMLA KÉSZÍTÉSÉHEZ

A BETEG ADATAI:			
Név (vezetéknév, keresztnév):			
Születési hely:			
Születési idő (éééé.hh.nn):			
Személyi igazolvány/útlevél szám:			
Állampolgárság:			
Biztosítás országa:			
Lakcím (irányítószám, város, utca, háysz.):			
Felvétel dátuma:			
Elbocsátás dátuma:			
Ellátás időtartama (nap):			
Felvétel típusa:			
Ellátó osztály megnevezése:			
Ellátó osztály KV kódja:			
Jelen gyógykezeléssel kapcsolatos költségek:			
Aktív fekvőbeteg ellátás igénybevétele esetén:			
1 súlyszám értéke:			
Betegség HBCS kódja:		HBCS pontértéke:	
Térítési díj: , azaz Ft.			
Krónikus fekvőbeteg ellátás igénybevétele esetén:			
1 ápolási nap értéke:			
Térítési díj: , azaz Ft.			
Kezelést végző orvos neve:			
Megjegyzés:			
Dunaújváros, éééé.hh.nn			
kontrolling munkatárs aláírása		kezelőorvos aláírása	
PH		PH	

8. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 6., 6.2. pont

A D A T L A P

FIZETŐ JÁRÓBETEGEK ELLÁTÁSÁRÓL SZÁMLA KÉSZÍTÉSÉHEZ

A BETEG ADATAI:					
Név (vezetéknév, keresztnév):					
Születési hely:					
Születési idő (éééé.hh.nn):					
Személyi igazolvány/útleveél szám:					
Állampolgárság:					
Biztosítás országa:					
Lakcím (irányítószám, város, utca, háysz.):					
Ambuláns ellátás dátuma:					
Felvétel típusa:					
Ellátó rendelés megnevezése:					
Ellátó rendelés KV kódja:					
Jelen gyógykezeléssel kapcsolatos költségek:					
1 pont értéke:					
Elvégzett tevékenység (diagnosztikai vizsgálatok is felsorolandók):					
Rendelés neve	WHO kód	WHO kód pontszáma			
Elvégzett tevékenység összesített pontszáma:					
Térítési díj:		, azaz			Ft.
Kezelést végző orvos neve:					
Megjegyzés:					
Dunaújváros,	éééé.hh.nn				

8./A sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 6.2. pont

A D A T L A P**a Sürgősségi Betegellátó osztályon ellátottak térítési díjfizetési kötelezettségéről**

Beteg neve:

Születési ideje:

Személyi igazolvány/útlevél száma:

Ambuláns ellátás dátuma:

Ellátó rendelés megnevezése:

Ellátó rendelés KV kódja:

Jelen gyógykezelés térítési díja a térítési díj sávjának bejelölésével:

Sáv	Vizsgálat	Díj	Jelölés: X
I. sáv	alapellátás (fizikális vizsgálat és/vagy traumatológiai ellátás, gyógyszerrendelés, EKG)	20 000,- Ft	
II. sáv	alapellátás (fizikális vizsgálat és/vagy traumatológiai ellátás, gyógyszerrendelés, EKG + RTG és/vagy UH)	40 000,- Ft	
III. sáv	alapellátás (fizikális vizsgálat és/vagy traumatológiai ellátás, gyógyszerrendelés, EKG+ RTG és/vagy UH és/vagy CT)	100 000,- Ft	

.....

kezelőorvos aláírása

p.h.

9. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 7.1. pont

Térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díja

a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló
284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet 2. sz. mellékletének megfelelően

Térítési díjak:**Ft**

1. Lőfegyvert munkakörükből eredően tartani szándékozó, illetve tartó személyek (I. csoport) lőfegyvertartásra való egészségi alkalmasságának pszichológiai vizsgálata
 - a) első fokon 7 200 Ft
 - b) másodfokon 12 000 Ft
2. Lőfegyvert tartani szándékozó, illetve tartó, valamint elöltöltő fegyvert vadászati célra használni szándékozó. ill. használó személyek (II. csoport) alkalmassági vizsgálata
 - A. orvosi alkalmassági vizsgálat
 - a) ha a 40. életévét még nem töltötte be:
 - aa) első fokon 7 200 Ft
 - ab) másodfokon 10 800 Ft
 - b) ha a 40. életévét betöltötte, de a 60. életévét még nem érte el:
 - ba) első fokon 4 800 Ft
 - bb) másodfokon 7 200 Ft
 - c) ha a 60. életévét betöltötte, de a 70. életévét még nem érte el:
 - ca) első fokon 2 500 Ft
 - cb) másodfokon 4 800 Ft
 - d) ha a 70. életévét betöltötte:
 - da) első fokon 1 700 Ft
 - db) másodfokon 3 200 Ft
 - B. pszichológiai alkalmassági vizsgálat
 - a) első fokon 7 200 Ft
 - b) másodfokon 12 000 Ft
3. Gépjármű-vezetői, belvízi hajózási szolgálati és belvízi kedvtelési célú vízijármű-vezetői alkalmassági vizsgálat
 - a) ha a 40. - gépjármű-vezetői alkalmassági vizsgálat esetén az 50. - életévét még nem töltötte be:
 - aa) első fokon 7 200 Ft
 - ab) másodfokon 10 800 Ft
 - b) ha a 40. - gépjármű-vezetői alkalmassági vizsgálat esetén az 50. - életévét betöltötte, de a 60. életévét még nem érte el:
 - ba) első fokon 4 800 Ft
 - bb) másodfokon 7 200 Ft
 - c) ha a 60. életévét betöltötte: de a 70. életévét még nem érte el:
 - ca) első fokon 2 500 Ft
 - cb) másodfokon 4 800 Ft
 - d) ha a 70. életévét betöltötte:
 - da) első fokon 1 700 Ft
 - db) másodfokon 3 200 Ft
4. Alkohol szintjének kimutatása érdekében végzett vér- és vizeletvételek 4 800 Ft
5. Kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett
 - a) vérvétel 3 200 Ft
 - b) vizeletvételek 1 600 Ft
6. Láttelelet készítése és kiadása 3 500 Ft
7. Részeg személy detoxikálása 7 200 Ft
8. Kábítószer hatása alatt álló személy akut ellátása 7 200 Ft
9. Tengeri hajózási egészségi alkalmassági vizsgálat
 - a) tengeri hajózási szolgálatot teljesítő személy alkalmassági vizsgálata
 - aa) az egészségi alkalmasság első vizsgálata 19 200 Ft
 - ab) az egészségi alkalmasság időszakos vagy soron kívüli vizsgálata 15 600 Ft
 - b) I. és II. osztályú tengeri kedvtelési célú tengeri vízijármű-vezetők alkalmassági vizsgálata
 - ba) az egészségi alkalmasság első vizsgálata 12 000 Ft
 - bb) az egészségi alkalmasság időszakos vagy soron kívüli vizsgálata 9 700 Ft

c) III. és IV. osztályú tengeri kedvtelési célú tengeri vízijármű-vezetők alkalmassági vizsgálata	
ca) az egészségi alkalmasság első vizsgálata	9 700 Ft
cb) az egészségi alkalmasság időszakos vagy soron kívüli vizsgálata	7 200 Ft
10. Igazságügyi szakértői tevékenység kivételével jogszabály által elrendelt vagy egyéb házi orvosi, orvosszakértői vizsgálatok és szakvéleményezés, kivéve, ha a vizsgálatra és szakvéleményezésre társadalombiztosítási vagy szociális juttatásra, kedvezményre való jogosultság megállapítása céljából kerül sor	7 200 Ft
11. Hivatásos sportolók sportegészségügyi vizsgálata	9 700 Ft
12. Hivatásos sportolók további sportegészségügyi szakvizsgálata	Az adott ellátásnak a közfinanszírozásban érvényesíthető díja
13. Repülő-egészségügyi alkalmassági vizsgálat	
a) 1. egészségügyi osztály	
aa) első, illetve kibővített (terheléses EKG, teljes körű szemészeti vagy teljes körű fül-orr-gégészeti vizsgálatra is kiterjedő) vizsgálat	28 700 Ft
ab) időszakos vizsgálat	16 100 Ft
b) 2. egészségügyi osztály	
ba) első, illetve kibővített (terheléses EKG vizsgálatra is kiterjedő) vizsgálat	13 800 Ft
bb) időszakos vizsgálat	9 200 Ft
c) 3. egészségügyi osztály	
ca) első, illetve kibővített (terheléses EKG, teljes körű szemészeti vagy teljes körű fül-orr-gégészeti vizsgálatra is kiterjedő) vizsgálat	28 700 Ft
cb) időszakos vizsgálat	16 100 Ft
14. Az a mellkas-szűrővizsgálat (tüdőszűrés), melynek igénybevételére nem az egészségügyi hatóság által a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló miniszteri rendelet szerint kötelezően elrendelt szűrővizsgálat keretében, vagy nem a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló miniszteri rendelet szerinti korhoz kötött szűrővizsgálat keretében, vagy nem jogszabály által előírt, a a szakképző intézményben (a szakképzésről szóló 2019. évi LXXX. törvény 16.§ - a szerinti) és felsőoktatási intézményben oktatásban részesülők szakmai alkalmassági vizsgálatai keretében kerül sor.	1 700 Ft
15. A foglalkoztatathóság szakvéleményezése	
a) közfoglalkoztatási jogviszonyhoz szükséges szakvélemény esetén	6000 Ft/fő/ eset
b) a büntetésként kiszabott közérdekű munka végrehajtásához szükséges szakvélemény esetén	6000 Ft/fő/ eset
c) az a) és a b) pontban nem említett esetben	3300 Ft/fő/ eset
16. Járványügyi érdekből nem kötelező védőoltással történő immunizálás, kivéve a) a térítésmentes védőoltással történő immunizálást és b) - az a) pont hatálya alá nem tartozó körben is - a pneumococcus baktérium, a human papilloma vírus és az influenza megbetegedés elleni immunizálást	2 000 Ft
17. Járványügyi készség idején a SARS-CoV-2 RT-PCR módszerrel történő kimutatására vonatkozó vizsgálat díja	17000 Ft
18. Járványügyi készség idején a SARS-CoV-2 RT-PCR mintavétel díja	2500 Ft
19. Járványügyi készség idején a SARS-CoV-2 specifikus antitest kimutatására irányuló szerológiai vizsgálat	9000 Ft
20. Járványügyi készség idején mintavétel a SARS-CoV-2 specifikus antitest kimutatására irányuló szerológiai vizsgálatához	2000 Ft

10. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 7.2. pont

Művi meddővététel térítési díja

Kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátások

Sterilizáció, nem orvosi indikációra:

100.000,-Ft

Igazolás

Művi meddővététel igénybevételéről

Ellátó osztály:

Beteg neve:

Lakcíme:

TAJ száma:

Fent nevezett beteg osztályunkon nem orvosi indikációra sterilizáció beavatkozást igényelt.

Igénybe vett szolgáltatás díja: 100.000 Ft

A szolgáltatás díja áfa mentes.

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása
P. H.

11.A sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 7.2. pont

MŰVI MEDDŐVÉTÉTEL (családtervezési indokból)
Betegtájékoztató, kérelem és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz

Kedves Betegünk!

A művi meddővételt szolgáló beavatkozás az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint a művi meddővételtől szóló 25/1998. (VI. 17.) NM rendeletben foglalt feltételek fennállása esetén végezhető el. A beavatkozás elvégzése történhet egészségügyi vagy családtervezési indokkal.

Családtervezési indok esetén a beavatkozás elvégezhető

a) tizennyolcadik életévét betöltött cselekvőképes személynél

b) tizennyolcadik életévét betöltött, cselekvőképességében bármely ügycsoportban részlegesen korlátozott személynél. Ebben az esetben a gyámhatóság hozzájárulása és a törvényes képviselő vagy közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban vagy – írásképtelensége esetén – két tanú együttes jelenlétében megtett nyilatkozással a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogának gyakorlására megnevezett cselekvőképes személy hozzájárulása szükséges! Amennyiben a kérelmet a törvényes képviselő nyújtja be, úgy annak érvényességéhez a páciens egyetértése szükséges.

A beavatkozás elvégzésének feltétele a 40. életév betöltése vagy pedig 3 vér szerinti gyermekkel való rendelkezés.

Az ezúton benyújtott, művi meddővételt elvégzésére irányuló kérelmet követően **6 hónap múlva ismételten meg kell jelennie** a kórházban és írásos nyilatkozatában meg kell erősítenie, hogy a beavatkozás elvégzésére irányuló szándékát továbbra is fenntartja.

A szándéka fenntartására irányuló írásos nyilatkozat megtételét követő 6 hónap elteltével kerülhet sor a beavatkozás elvégzésére, kivéve, ha a kérelem fenntartásáról szóló nyilatkozat megtételét követően a beavatkozás során kívüli elvégzését szülészeti vagy más műtéti esemény lehetővé teszi, illetőleg az időközben bekövetkező terhesség a nő életét, testi épségét, egészségét közvetlenül veszélyeztetné vagy ebből a terhességből nagy valószínűséggel egészséges gyermek nem születne.

A családtervezési célból végzett meddővételt elvégzéséért az intézmény vezetése által meghatározott térítési díjat kell fizetni.

A tervezett műtétje előtt, kérjük, hogy tanulmányozza férjével, élettársával együtt az alábbi tájékoztatót. A sterilizáció a férjnél vagy a feleségnél egyaránt elvégezhető.

A beavatkozás célja:

A női meddővételt a családtervezés alapján véve visszafordíthatatlan módszere. A fogamzó képesség visszaállítása bonyolult, költséges beavatkozás és az eredmény nem garantálható, egy későbbi terhesség (pl. újabb házasság esetén) természetes úton már nem jöhet létre, ezért megfontolandók a fogamzásgátlás egyéb lehetőségei is. Közismert, hogy forgalomban vannak megbízható, hosszú távú fogamzásgátló módszerek: óvszer, pesszárrium, nyaksapka, szájon át szedhető hormontabletták, ösztrogén és gesztagén tartalmú hüvelygyűrű, esemény utáni tabletta, spermicidek, 3 hónapig ható injekciós készítmény, gyógyszerrel kombinált spirál, amelyeknek a hatékonysága a sterilizációéval hasonló értékűek.

A beavatkozás elvégzése a nemi úton terjedő megbetegedésekkel szemben nem nyújt védelmet!

Rendkívül fontos körülmény, hogy a petevezetők műtéti elzárásával abszolút biztos meddőséget garantálni nem lehet. Elenyésző arányban ugyan, de 3-4 ezrelékes sikertelenséggel számolni kell, ugyanis bekövetkezhet a petevezető rekanalizációja, így a teherbeesés is.

beteg aláírása

törvényes képviselő/meghatalmazott aláírása

férj/élettárs aláírása

Vérzés kimaradás, szubjektív tünetek, vagy egyéb terhességre gyanús jelek esetén az állapot sürgős tisztázása szükséges, haladéktalanul szakorvoshoz kell fordulni. Annál is inkább, mert a sterilizációs műtétek után a méhen kívüli terhességek kockázata nagy.

A beavatkozás következtében nem változik a menstruációs ciklus, a libidó (nemi vágy), nem kell súlygyarapodással vagy más kellemetlen mellékhatásokkal számolni. Ha a későbbiekben súlygyarapodás, deréktáji fájdalmak, cikluszavarok, hangulati labilitás lépne fel, ezeknek más okuk van, a műtéti beavatkozással nem hozhatók összefüggésbe.

A beavatkozás menete:

A kb. 1 órás időtartamú művi meddőségterápia során mindkét oldali petevezetőt elzárjuk, erre többféle módszer létezik. Esetenként gyűrűt, fémkapcsot teszünk a kürtre, de leggyakrabban a petevezető átégetésével történik, ennek során az hegesedik, átjárhatatlanná válik. A beavatkozást közvetlenül a menstruáció utáni időszakban gépi altatásban, hasi tükrözés útján végezzük, melynek lényege, hogy 1-2, esetleg 3 ún. oldaltrokár bevezetése történik a köldök alatti területen. Ezeken a behatolási helyeken át vezethetők be a különböző eszközök. Először egy speciális tűvel CO₂-t juttatunk a hasüregbe, majd ezt követően kb. 1 cm-es köldöktáji metszéssel keresztül megvilágított vezetőcsövön keresztül optikai műszert (laparoscópot) vezetünk be. A videokamera képernyőre vetíti a kismedencei viszonyokat. A petevezetők megfogása és elektromos áram útján való elzárása szemmel történő ellenőrzéssel végezhető el. A tükrözés során gyakori, hogy a hüvelyen és a méhszájon keresztül egy járulékos eszközt, (pl. szonda) vezetünk a méhüregbe, mellyel a méh kiemelhető és mozgatható, így jobb betekintést nyerhetünk a kismedencébe.

A műtét során semmilyen szerv nem kerül eltávolításra. Biztos meddőség csak az ivarsejttermelés teljes és végleges megszüntetésével, a petefészek eltávolításával érhető el, amely azonban számos hormonális és egyéb mellékhatással jár, ezért sterilizálási céllal eleve nem jöhet szóba. Erre csak nagyon indokolt esetben kerülhet sor, a beteg egészségének megőrzése, lehetséges mértékű helyreállítása, vagy ha ez nem lehetséges, az egészségromlás mérséklése céljából.

A laparoscópos beavatkozás előnyei a kis műtéti megterhelés, a rövid posztoperatív időszak, kevés kórházban eltöltött ápolási nap (2-3 nap), gyors felépülés és munkaképessé válás, valamint esztétikai szempontból a kis kozmetikai kockázat.

A beavatkozás lehetséges szövődményei:

- sérülések: hólyag, húgyvezeték, bél, ér stb., bármely belső szerv megsérülhet, amely akár halált is okozhat
- égési sérülések
- vérzések, amelyek súlyos esetben akár a méh vagy egy részének eltávolítását is szükségessé tehetik
- fertőzések, gennyesedések
- a bélműködés zavarai (pl. bélelzáródás), hashártyagyulladás
- sebgyógyulási zavar
- vérrögösödés (trombózis, embólia), ennek következtében akár halál is
- átmeneti válltáji fájdalom (subcutan emphysema), has puffadás

Kockázatot jelent, ha a beteg túlsúlyos, valamilyen krónikus betegsége van, vagy ha korábbi hasi műtete kapcsán összenövésekkel kell számolni.

Annak ellenére, hogy ez a beavatkozás relatíve egyszerű, a hasi műtétek összes veszélyével, szövődményével társulhat. A műtét előtt nem mondható meg, hogy milyen eredménnyel zárul a beavatkozás, ezért elképzelhető, hogy a narkózis alatt együlésben az eredeti beavatkozást szükséges kiterjeszteni vagy megváltoztatni (pl. a petevezetékek összenövések miatt nem hozhatók látótérbe). A megbetegedés jellege, a lehetséges szövődmények mértéke és sürgőssége (pl. erős vérzés) szükségessé teheti, hogy a páciens biztonsága érdekében a beavatkozást adott esetben a has megnyitásával folytassuk.

beteg aláírása

törvényes képviselő/meghatalmazott aláírása

főorvos aláírása

A műtét utáni kezelés:

- a vérszegénység kezelése akár vérátömlesztéssel is
- folyadék- és ionháztartás rendezése
- antibiotikus és trombózis profilaxis
- mobilizálás, torna, bélmozgatás
- hasi dréncsövek, állandó katéter eltávolítása az 1. napon
- varratszedés a 6-7. napon

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelőorvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, szülésznő, altatóorvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

A kérelem a műtét elvégzése előtt – szóban is – visszavonható, a visszavonás ténye az egészségügyi dokumentációban rögzítésre kerül.

KÉRELEM ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ születési név: _____
 _____ (született: _____ / _____ / _____) TAJ: _____
 _____ a **művi meddőségcsaládtervezési indokból** történő elvégzése iránti kérelemmel fordulok a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szülészeti-nőgyógyászati osztályához. Tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezeléséről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20__ / __ / __.

 beteg aláírása

 törvényes képviselő/meghatalmazott aláírása

A tájékoztatást teljes körűen megadtam és a rendelkezésemre bocsátott dokumentumokból (beteg személyi igazolványa, TAJ kártya, 3 gyermek születési anyakönyvi kivonata) megállapítottam, hogy a beavatkozás elvégzésének feltételei fennállnak.

 orvos aláírása

A tájékoztatást tudomásul vettem:

 férj/élettárs aláírása

Férj/élettárs hiányában:

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem – tekintettel a művi meddőségcsaládtervezésről szóló 25/1998. (VI. 17.) NM rendelet 6. § (1) bekezdésében foglaltakra, miszerint az orvosnak a férj/élettárs részére is kötelessége tájékoztatást nyújtania –, hogy nem élek házasságban vagy élettársi kapcsolatban:

 beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

SZÁNDÉK FENNTARTÓ NYILATKOZAT

Alulírott _____ születési név:

_____ (született: __ __ __ __ / __ __ / __ __, TAJ:

_____) kijelentem, hogy a **családtervezési indokból történő művi meddővététel** beavatkozás Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szülészeti-nőgyógyászati osztályán történő elvégzésére irányuló, a „Művi meddővététel (családtervezési indokból) Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat” tartalmának ismeretében 20____. napján aláírt „Kérelem és beleegyező nyilatkozat”-omban foglaltakat 6 hónap elteltével is változatlanul fenntartom és kérem a műtétre történő előjegyzésemet.

Dunaújváros, 20__ __ / __ __ / __ __ .

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

11.B sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 7.2. pont**Betegtájékoztató és tájékozott beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Művi meddőség (férfi), mindkét oldali ondóvezetékek leköttetése (átvágása),
férfi fogamzásgátlás műtétilag, vasectomia**

Kedves Páciensünk!

A művi meddőség elvégzését szolgáló beavatkozás az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint a művi meddőség elvégzéséről szóló 25/1998. (VI. 17.) NM rendeletben foglalt feltételek fennállása esetén végezhető el. A beavatkozás elvégzése családtervezési indokkal történhet.

Családtervezési indok esetén a beavatkozás elvégezhető

a) tizennyolcadik életévét betöltött cselekvőképes személynél

b) tizennyolcadik életévét betöltött, cselekvőképességében bármely ügycsoportban részlegesen korlátozott személynél. Ebben az esetben a gyámhatóság hozzájárulása és a törvényes képviselő vagy közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban vagy - írásképtelensége esetén - két tanú együttes jelenlétében megkötött nyilatkozattal a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogának gyakorlására megnevezett cselekvőképes személy hozzájárulása szükséges! Amennyiben a kérelmet a törvényes képviselő nyújtja be, úgy a

k érvényességéhez a páciens egyetértése szükséges.

A beavatkozás elvégzésének feltétele a 40. életév betöltése vagy pedig 3 vér szerinti gyermekkel való rendelkezés.

Az ezúton benyújtott, művi meddőség elvégzésére irányuló kérelmet követően **6 hónap múlva ismételt** meg kell jelennie a kórházban és írásos nyilatkozatában meg kell erősítenie, hogy a beavatkozás elvégzésére irányuló szándékát továbbra is fenntartja.

A szándéka fenntartására irányuló írásos nyilatkozat megtételét követő 6 hónap elteltével kerülhet sor a beavatkozás elvégzésére.

A családtervezési célból végzett művi meddőség elvégzéséért az intézmény vezetése által meghatározott térítési díjat kell fizetni.

A tervezett műtét előtt, kérjük, hogy tanulmányozza feleségével, élettársával együtt az alábbi tájékoztatót. A sterilizáció a férjénél vagy a feleségénél egyaránt elvégezhető.

A műtét célja:

A műtét során mindkét oldali ondóvezeték (vas deferens) leköttetésre, átvágásra kerül, melyet követően az ondóba nem kerülnek hímivarsejtek (spermiumok).

A művi meddőség elvégzése a családtervezés egyik módszere, melynek választása esetén a nemzőképesség visszaállítása nem garantálható. Egy későbbi gyermekvállalás (pl. újabb házasság esetén) egy helyreállító műtétet követően sem biztos, hogy természetes úton megvalósulhat, ezért megfontolandók a fogamzásgátlás egyéb lehetőségei is.

beteg aláírása

törvényes képviselő/meghatalmazott aláírása

feleség/élettárs aláírása

Közismert, hogy forgalomban vannak megbízható fogamzásgátló módszerek: óvszer, pesszárium, nyaksapka, szájon át szedhető hormontabletták, ösztrogén és gesztagén tartalmú hüvelygyűrű, esemény utáni tabletta, spermicidek, 3 hónapig ható injekciós készítmény, gyógyszerrel kombinált spirál, amelyeknek a hatékonysága a sterilizációéval hasonló értékűek.

A beavatkozás elvégzése a nemi úton terjedő megbetegedésekkel szemben nem nyújt védelmet!

A műtét kivitelezése: Általában helyi, localisan adott érzéstelenítésben, a herezacskón – felső részén vagy középvonalon – ejtett metszésből felkeressük az ondóvezetéseket. Ezeket előemeljük és két lekötés között átvágjuk.

Kockázata, szövődménye:

- sebgyógyulási zavar
- sebfertőzés
- trombózis: vérrögösödés az alsóvégtag és a kismedence mély visszereiben
- utóvérzés a műtési területen
- ondósinór (verőér, visszér, nyirokér) sérülés, mely következtében az érintett oldali here, mellékhere részleges vagy teljes elhalása bekövetkezhet
- mellékhere-, heregyulladás
- herevízscér (hydrocele) kialakulása
- heresorvadás
- a művi meddőséget spermavizsgálattal igazolni kell

A műtét a következő érzéstelenítéssel, illetve eljárásokkal végezhető:

- helyi érzéstelenítés
- gerincérezéstelenítés
- altatás

Teendők műtét előtt: Spermavizsgálat, here ultrahang, EKG, laborvizsgálatok (vérkép, INR). Osztályos felvétel.

Teendők műtét után: a műtét nem biztosít azonnali meddőséget (fogamzásgátlást, sterilítást). A műtétet követően 3 hónappal vagy 20 ondóürítés után spermavizsgálattal kell igazolni a hímivarsejtek teljes hiányát az ondóban.

Az Ön kezelésében részt vesznek: kezelő orvosa, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

A kérelem a műtét elvégzése előtt - szóban is - visszavonható, a visszavonás ténye az egészségügyi dokumentációban rögzítésre kerül.

beteg aláírása

törvényes képv./meghatalmazott aláírása

feleség/élettárs aláírása

KÉRELEM ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: _____, TAJ: _____)
 a **művi meddőségcsaládtervezési indokból** történő elvégzése iránti kérelemmel fordulok a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Urológiai osztályához. Tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, a fenti intézmény orvosa a tőle elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni, kérdéseket feltenni melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után, kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak.

A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezeléseimről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosaimat tájékoztattam, rendelkezésre álló leleteimet bemutattam.

Tudomásul veszem, hogy az osztályon orvoscépzés, továbbképzés és egészségügyi személyzet képzése folyik, ezért beleegyezem, hogy kezelésben megfelelő felelős személyfelügyelete mellett az oktatók is részt vegyenek.

Hozzájárulok ahhoz, hogy az egészségi állapotom nyomon követhetősége érdekében, orvosszakmai indokból készülhetnek rólam személyazonosításra alkalmatlan fénykép- és videofelvételek, amelyek tartalmazzák a rajtam megjelent tüneteket, valamint betegségeimről/állapotomról szóló információkat. Ezek a fényképek és/vagy videofelvételek kizárólag tudományos, oktatási célokra használhatók fel.

Dunaújváros, 20_____

_____ beteg aláírása

_____ törvényes képviselő/meghatalmazott aláírása

A tájékoztatást teljeskörűen megadtam és a rendelkezésemre bocsátott dokumentumokból (beteg személyi igazolványa, TAJ kártya, 3 gyermek születési anyakönyvi kivonata) megállapítottam, hogy a beavatkozás elvégzésének feltételei fennállnak.

_____ orvos aláírása

A tájékoztatást tudomásul vettem:

_____ feleség/élettárs aláírása

Feleség/élettárs hiányában:

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem – tekintettel a művi meddőségcsaládtervezésről szóló 25/1998. (VI. 17.) NM rendelet 6. § (1) bekezdésében foglaltakra, miszerint az orvosnak a feleség/élettárs részére is kötelessége tájékoztatást nyújtania –, hogy nem élek házasságban vagy élettársi kapcsolatban:

_____ beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

_____ A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

_____ A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

_____ A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

_____ A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

SZÁNDÉK FENNTARTÓ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: _____, TAJ: _____) kijelentem, hogy a **családtervezési indokból történő művi meddőségvédelem** beavatkozás Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Urológiai osztályán történő elvégzésére irányuló, a „**Betegtájékoztató és tájékozott beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz, Művi meddőségvédelem (férfi), mindkét oldali ondóvezetékek lekötése (átvágása), férfi fogamzásgátlás műtétilleg, vasectomia**” dokumentum tartalmának ismeretében 20_____. napján aláírt „Kérelem és beleegyező nyilatkozat”-omban foglaltakat 6 hónap elteltével is változatlanul fenntartom és kérem a műtetre történő előjegyzésemet.

Dunaújváros, 20_____

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

12. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 8.1. pont

Emelt szintű hotelszolgáltatás térítési díja

A Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézetben emelt komfortfokozatú szobában történt elhelyezés fizetendő térítési díja: nevű lakcímű személy a(z)betegellátó osztályon 20.....évhó.....napjától 20.....évhó.....napjáig, azaznap (eltöltött éjszakák száma) időtartamig. Amennyiben hozzátartozói kedvezményre jogosult, munkavállalónk neve: és munkavégzésének helye: osztály/egység.

Fizetendő:nap xFt/nap = Ft.

Emelt szintű komfortfokozat térítési díja		
Igénybe vevő	2 ágyas - 2 fő elhelyezésével	2 ágyas - 1 fő elhelyezésével, saját kérésére
ellátott személyek	10.000,- Ft/fő/nap	15.000,- Ft/fő/nap
munkavállalóink és azon nyugdíjasok, akik legalább 10 év munkaviszonyt követően intézményünkben kerültek nyugállományba	térítésmentes	térítésmentes
munkavállalóink hozzátartozói (házastárs, élettárs, gyermek, szülő, édestestvér*)	2.500,- Ft/fő/nap	3.800,- Ft/fő/nap
ellátási terület alapellátásában, Dunaújvárosi Mentőállomáson és Dunaújváros Megyei Jogú Város Önkormányzatánál dolgozók*	5.000,- Ft/fő/nap	7.500,- Ft/fő/nap

* A megfelelő szöveg aláhúzendó vagy bekarikázandó.

A szolgáltatás díja az áfát tartalmazza.

Dunaújváros, 20.....

.....
osztályvezető főorvos aláírása
P. H.

Krónikus ágyon történő betegellátás térítési díja

Krónikus betegellátási díj maximum 6 hónapig alap szintű szolgáltatás esetén	térítésmentes
Krónikus betegellátási díj a 7. hónaptól alap szintű szolgáltatás esetén	800,- Ft/nap
Krónikus betegellátási díj maximum 6 hónapig emelt szintű kiegészítő szolgáltatás esetén	3.500,- Ft/nap
Krónikus betegellátási díj a 7. hónaptól emelt szintű kiegészítő szolgáltatás esetén	5.000,- Ft/nap
Krónikus betegellátási díj 6 hónapig kiemelt szintű kiegészítő szolgáltatás esetén	5.000,- Ft/nap
Krónikus betegellátási díj a 7. hónaptól kiemelt szintű kiegészítő szolgáltatás esetén	6.000,- Ft/nap

A szolgáltatás díja áfa mentes.

CSONTSŰRŰSÉG MÉRÉS TÉRÍTÉSI DÍJA

A Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet előjegyzés alapján térítés ellenében csontsűrűség mérést végez.

Térítési díjak:

Egy csont vizsgálata: pl.: alkar: 3.000 Ft.

Két csont vizsgálata: pl.: combnyak + lumbális gerinc: 5.000 Ft.

Három csont vizsgálata: alkar + combnyak + lumbális gerinc: 8.000 Ft.

Térítéses vizsgálatra beutalóval érkezhetsz a beteg.

A szolgáltatás díja áfa mentes.

15. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 7.5. pont

Foglalkozás-egészségügyi szolgálat térítési díjai

1. A munkáltatók, az állami foglalkoztatási szervként eljáró fővárosi és megyei kormányhivatal, továbbá a szakmai képzés szervezője a foglalkozás-egészségügyi szolgálatról szóló 89/1995. (VII. 14.) Kormányrendelet 1. mellékletben meghatározott feladatok elvégzése ellenében - külön jogszabályi előírás, vagy a szolgáltatást nyújtóval kötött eltérő megállapodás hiányában fizetendő térítési díjak:

a) A munkáltató által - eltérő megállapodás hiányában - fizetendő díjak:

▫ „D” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében	5.000,- Ft/fő/év
▫ „C” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében	6.800,- Ft/fő/év
▫ „B” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében	8.400,- Ft/fő/év
▫ „A” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében	10.000,- Ft/fő/év

b) Az állami foglalkoztatási szervként eljáró fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a szakmai képzés szervezője által - eltérő megállapodás hiányában - fizetendő díjak:

Az állami foglalkoztatási szervként eljáró fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a szakmai képzés szervezője által beutalt személy

▫ szakmai alkalmassági vizsgálata beiskolázás előkészítése érdekében	2.500,- Ft/fő/eset
▫ szakmai alkalmassági vizsgálata munkaközvetítés előkészítése érdekében	2.800,- Ft/fő/eset

2. A foglalkoztathatósági szakvéleményezés díjtételét a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló jogszabály határozza meg. (284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet 2. sz. melléklet)

A foglalkoztathatóság szakvéleményezése

a) közfoglalkoztatási jogviszonyhoz szükséges szakvélemény esetén	6000 Ft/fő/eset
b) a büntetésként kiszabott közérdekű munka végrehajtásához szükséges szakvélemény esetén	6000 Ft/fő/eset
c) az a) és a b) pontban nem említett esetben	3300 Ft/fő/eset

16. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 7.6. pont

Esztétikai célú plasztikai sebészeti beavatkozások térítési díja

A szolgáltatás jelenleg felfüggesztve.

17. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 7.7. pont

Fogászati szakellátás térítési díja

Röntgen:

Panoráma, teleröntgen-felvétel (db)

8.000,- Ft

A térítési díj áfa mentes.

18. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 7.8.

MEGÁLLAPODÁS

mely létrejött egyrészről a **Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet** (2400 Dunaújváros, Korányi Sándor utca 4-6., telefon: 25/550-400), mint Szolgáltató, másrészről

Név:

Születési név:

Születési hely, idő:

TAJ szám:

Nyugdíjfolyósítási törzsszám:

Anyja neve:

Lakcím:

Elérhetőség (telefon):
ellátott/gondozott,

valamint az általa kijelölt személy – továbbiakban kötelezett

Név:

Születési név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Lakcím:

Bankszámlaszám:

Elérhetőség (telefon):

Kapcsolat jellege (rokonsági fok,
eltartó stb.):

Munkahely neve, címe:

között – térítés ellenében nyújtott – meghatározott időtartamú krónikus betegellátási szolgáltatás igénybevételére, melynek időtartama maximum 6 hónap.

I. A krónikus betegellátási szolgáltatás időtartama:

20..... évhó.....naptól

20..... évhó.....napig

II. A szolgáltató a jogszabályban meghatározott alapellátás keretében biztosítja az ellátott részére (NEAK által támogatott kötelezően biztosítandó szolgáltatások):

- napi háromszori + 1 kiegészítő étkezés,
- egészségügyi hotelszolgálat (ápolás, szállás, ágynemű és mosatása, takarítás),
- sürgősségi ellátás,
- teljes körű kórházi háttér egészségi állapotnak megfelelően,
- gyógyszer és egyéb egészségügyi anyagok.

III. Az ellátott és a kötelezett kijelenti, hogy ismeri, és tudomásul veszi a jelen ellátási szerződés tartalmát és az ellátást nyújtó osztály működési rendjét.

IV. a) Az intézmény a vonatkozó jogszabály alapján a felsorolt alap szintű szolgáltatást az igénybevétel 7. hónapjától kiegészítő térítési díj ellenében nyújtja:

a kiegészítő térítési díj napi 800,- Ft

b) Az igénybe vehető kedvezmény alapja:

Az igénybe vehető kedvezmény mértéke:

Szolgáltatásért fizetendő összesen:

térítési díjat számláz, 1 havi időintervallumra, amely előre fizetendő. A térítési díj minden megkezdett nap után fizetendő. A térítési díj befizetése a számla kiállításával egy időben történik az ellátás megkezdésekor.

Az ellátott és a kötelezett – egyetemlegesen – vállalja, hogy az ellátás megkezdésekor a térítési díjat egy összegben fizeti be készpénzben a kórház pénztárába.

V. Amennyiben az 1 hónap ápolási idő letelte előtt a szerződés megszűnik, a kórház a befizetett térítési díjat időarányosan, kamat nélkül visszatéríti a befizetőnek.

- A megállapodás megszüntetése egyoldalúan vagy a felek közös megegyezésével a jelen megállapodás I. pontjában megjelölt időtartamon belül, ha az ellátott aktív intézeti ellátásra szorul,
- amennyiben állapota már nem indokolja a további krónikus ellátást, a kezelőorvos indikációja alapján,
- ha a tudatállapota zavarttá válik,
- ha az ellátott, vagy az általa megbízott személy kéri,
- ha az ellátott idősok otthonába kerül,
- ha a fizetési kötelezettséget nem teljesítik és a fizetési kötelezettségének írásbeli felhívásban megjelölt időpontig sem tesz eleget,

megszűnik

- a megállapodásban rögzített idő elteltével,
- az ellátott halála esetén.

A megszűnés és megszüntetés napjával egyidejűleg a felek elszámolni kötelesek egymással.

VI. A szerződés lejártakor az ellátott/kötelezett tudomásul veszi, hogy a szerződésben rögzített időtartam utolsó napján az ellátás az osztályon megszűnik, a további elhelyezésről az ellátott/kötelezett együttesen köteles gondoskodni.

VII. Az intézmény köteles az ápolat a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 14.§ (2) bekezdésében foglaltaknak megfelelően ellátni.

Dunaújváros, 20.....

Ellátott aláírása:

Kötelezett aláírása:

Szociális munkás aláírása:

19. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 7.8. pont

MEGÁLLAPODÁS

mely létrejött egyrészről a **Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet** (2400 Dunaújváros, Korányi Sándor utca 4-6., telefon: 25/550-400), mint Szolgáltató, másrészről

Név:

Születési név:

Születési hely, idő:

TAJ szám:

Nyugdíjfolyósítási törzsszám:

Anyja neve:

Lakcím:

Elérhetőség (telefon):
ellátott/gondozott,
valamint az általa kijelölt személy – továbbiakban kötelezett

Név:

Születési név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Lakcím:

Bankszámlaszám:

Elérhetőség (telefon):

Kapcsolat jellege (rokonsági fok, eltartó stb.):
Munkahely neve, címe:

között – térítés ellenében nyújtott – meghatározott időtartamú krónikus betegellátási szolgáltatás igénybevételére, melynek időtartama maximum 6 hónap.

I. A krónikus betegellátási szolgáltatás időtartama:

20..... évhó.....naptól 20..... évhó.....napig

II. A szolgáltató a jogszabályban meghatározott alapellátás keretében biztosítja az ellátott részére (NEAK által támogatott kötelezően biztosítandó szolgáltatások):

- napi háromszori + 1 kiegészítő étkezés,
- egészségügyi hotelszolgálat (ápolás, szállás, ágynemű és mosatása, takarítás),
- sürgősségi ellátás,

- teljes körű kórházi háttér egészségi állapotnak megfelelően,
- gyógyszer és egyéb egészségügyi anyagok.

Az intézmény által a kötelezően biztosítandó szolgáltatáson felüli emelt szintű kiegészítő szolgáltatások:

- emelt szintű elhelyezési komfort biztosítása (szobánként televízió, hűtőszekrény, saját eszközök behozatalának lehetősége);
- szobánként vizesblokk biztosítása;
- ingyenes internet elérés Wi-Fi biztosításával;
- segítségnyújtást a szociális ügyek vitelében szociális munkás bevonásával.

III. Az ellátott és a kötelezett kijelenti, hogy ismeri, és tudomásul veszi a jelen ellátási szerződés tartalmát és az ellátást nyújtó osztály működési rendjét.

IV. a) Az intézmény a felsorolt emelt szintű kiegészítő szolgáltatásért:

a szolgáltatás igénybevételekor max. 6 hónapig napi 3.500,- Ft

b) A vonatkozó jogszabály alapján a 7. hónaptól a krónikus betegellátás igénybevételeért teljes térítési díj fizetendő:

a szolgáltatás igénybevétele napi 5.000,- Ft

c) Az igénybe vehető kedvezmény alapja:

Az igénybe vehető kedvezmény mértéke:

Szolgáltatásért fizetendő összesen:

térítési díjat számláz, 1 havi időintervallumra, amely előre fizetendő. A térítési díj minden megkezdett nap után fizetendő. A térítési díj befizetése a számla kiállításával egy időben történik az ellátás megkezdésekor.

Az ellátott és a kötelezett – egyetemlegesen – vállalja, hogy az ellátás megkezdésekor a térítési díjat egy összegben fizeti be készpénzben a kórház pénztárába.

V. Amennyiben az 1 hónap ápolási idő letelte előtt a szerződés megszűnik, a kórház a befizetett térítési díjat időarányosan, kamat nélkül visszatéríti a befizetőnek.

- A megállapodás megszüntetése egyoldalon vagy a felek közös megegyezésével a jelen megállapodás I. pontjában megjelölt időtartamon belül, ha az ellátott aktív intézeti ellátásra szorul,
- amennyiben állapota már nem indokolja a további krónikus ellátást, a kezelőorvos indikációja alapján,
- ha a tudatállapota zavarttá válik,
- ha az ellátott, vagy az általa megbízott személy kéri,
- ha az ellátott idősok otthonába kerül,
- ha a fizetési kötelezettséget nem teljesítik és a fizetési kötelezettségének írásbeli felhívásban megjelölt időpontig sem tesz eleget,

megszűnik

- a megállapodásban rögzített idő elteltével,
- az ellátott halála esetén.

A megszűnés és megszüntetés napjával egyidejűleg a felek elszámolni kötelesek egymással.

VI. A szerződés lejártakor az ellátott/kötelezett tudomásul veszi, hogy a szerződésben rögzített időtartam utolsó napján az ellátás az osztályon megszűnik, a további elhelyezésről az ellátott/kötelezett együttesen köteles gondoskodni.

VII. Az intézmény köteles az ápolat a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 14.§ (2) bekezdésében foglaltaknak megfelelően ellátni.

Dunaújváros, 20.....

Ellátott aláírása:

Kötelezett aláírása:

Szociális munkás aláírása:

20. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 7.8. pont

MEGÁLLAPODÁS

mely létrejött egyrészről a **Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet** (2400 Dunaújváros, Korányi Sándor utca 4-6., telefon: 25/550-400), mint Szolgáltató, másrészről

Név:

Születési név:

Születési hely, idő:

TAJ szám:

Nyugdíjfolyósítási törzsszám:

Anyja neve:

Lakcím:

Elérhetőség (telefon):
ellátott/gondozott,

valamint az általa kijelölt személy – továbbiakban kötelezett

Név:

Születési név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Lakcím:

Bankszámlaszám:

Elérhetőség (telefon):

Kapcsolat jellege (rokonsági fok,
eltartó stb.):

Munkahely neve, címe:

között – térítés ellenében nyújtott – meghatározott időtartamú krónikus betegellátási szolgáltatás igénybevételére, melynek időtartama maximum 6 hónap.

I. A krónikus betegellátási szolgáltatás időtartama:

20..... évhó.....naptól

20..... évhó.....napig

II. A szolgáltató a jogszabályban meghatározott alapellátás keretében biztosítja az ellátott részére (NEAK által támogatott kötelezően biztosítandó szolgáltatások):

- napi háromszori + 1 kiegészítő étkezés,
- egészségügyi hotelszolgálat (ápolás, szállás, ágynemű és mosatása, takarítás),
- sürgősségi ellátás,

- teljes körű kórházi háttér egészségi állapotnak megfelelően,
- gyógyszer és egyéb egészségügyi anyagok.

Az intézmény által a kötelezően biztosítandó szolgáltatáson felüli kiemelt szintű kiegészítő szolgáltatások:

- 2 ágyas szobában való elhelyezés;
- légkondicionáló berendezés;
- emelt szintű elhelyezési komfort biztosítása (szobánként televízió, hűtőszekrény, mikrohullámú sütő, saját eszközök behozatalának lehetősége);
- szobánként vizesblokk biztosítása;
- ingyenes internet elérés Wi-Fi biztosításával;
- segítségnyújtást a szociális ügyek vitelében szociális munkás bevonásával.

III. Az ellátott és a kötelezett kijelenti, hogy ismeri, és tudomásul veszi a jelen ellátási szerződés tartalmát és az ellátást nyújtó osztály működési rendjét.

IV. a) Az intézmény a felsorolt kiemelt szintű kiegészítő szolgáltatásért:

a szolgáltatás igénybevételekor max. 6 hónapig napi 5.000,- Ft

b) A vonatkozó jogszabály alapján a 7. hónaptól a krónikus betegellátás igénybevételéért teljes térítési díj fizetendő:

a szolgáltatás igénybevétele napi 6.000,- Ft

c) Az igénybe vehető kedvezmény alapja:

Az igénybe vehető kedvezmény mértéke:

Szolgáltatásért fizetendő összesen:

térítési díjat számláz, 1 havi időintervallumra, amely előre fizetendő. A térítési díj minden megkezdett nap után fizetendő. A térítési díj befizetése a számla kiállításával egy időben történik az ellátás megkezdésekor.

Az ellátott és a kötelezett – egyetemesen – vállalja, hogy az ellátás megkezdésekor a térítési díjat egy összegben fizeti be készpénzben a kórház pénztárába.

V. Amennyiben az 1 hónap ápolási idő letelte előtt a szerződés megszűnik, a kórház a befizetett térítési díjat időarányosan, kamat nélkül visszatéríti a befizetőnek.

- A megállapodás megszüntetése egyoldalúan vagy a felek közös megegyezésével a jelen megállapodás I. pontjában megjelölt időtartamon belül, ha az ellátott aktív intézeti ellátásra szorul,
- amennyiben állapota már nem indokolja a további krónikus ellátást, a kezelőorvos indikációja alapján,
- ha a tudatállapota zavarttá válik,
- ha az ellátott, vagy az általa megbízott személy kéri,
- ha az ellátott idősok otthonába kerül,
- ha a fizetési kötelezettséget nem teljesítik és a fizetési kötelezettségének írásbeli felhívásban megjelölt időpontig sem tesz eleget,

megszűnik

- a megállapodásban rögzített idő elteltével,
- az ellátott halála esetén.

A megszűnés és megszüntetés napjával egyidejűleg a felek elszámolni kötelesek egymással.

VI. A szerződés lejártakor az ellátott/kötelezett tudomásul veszi, hogy a szerződésben rögzített időtartam utolsó napján az ellátás az osztályon megszűnik, a további elhelyezésről az ellátott/kötelezett együttesen köteles gondoskodni.

VII. Az intézmény köteles az ápoltat a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 14.§ (2) bekezdésében foglaltaknak megfelelően ellátni.

Dunaújváros, 20.....

Ellátott aláírása:

Kötelezett aláírása:

Szociális munkás aláírása:

Egészségügyi dokumentáció másolat térítési díja**Dokumentáció papíralapú másolata**

oldalanként egységesen (A/4, A/3)	100,- Ft/oldal
50 oldal feletti teljes egészségügyi dokumentáció	5.000,- Ft
születési időpont (óra, perc) kérés	2.000,- Ft

Dokumentáció elektronikus másolata

Képalkotó diagnosztikai felvételek	700,- Ft/CD
Egészségügyi dokumentáció szkennelve oldalanként egységesen (A/4, A/3)	50,- Ft/oldal
Hitelesített (ehhez nyomtatni szükséges) egészségügyi dokumentáció szkennelve oldalanként egységesen (A/4, A/3)	100+50,- Ft/oldal
50 oldal feletti teljes egészségügyi dokumentáció szkennelve	2.500,- Ft
Hitelesített (ehhez nyomtatni szükséges) 50 oldal feletti teljes egészségügyi dokumentáció szkennelve	5.000,- Ft

A szolgáltatás díja az áfát tartalmazza.

A dokumentáció postai úton történő megküldése esetén az ajánlott küldemény postaköltsége az adatkérőt terheli.

Sürgősségi úton, illetve színes formában történő másolat kiadás esetén 50% felár fizetendő.

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP**1. Beteg (ellátásban részesült) vagy elhunyt:**

Név:

Születéskori név:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

TAJ szám:

Lakcím:

Telefonszám:

E-mail cím:

Születési időpontkérésnél az anya szüléskor viselt neve:

2. Adatkérő (kérelmező) személy adatai (amennyiben az adatokat nem a beteg maga kéri, vagy a beteg cselekvőképtelen, vagy korlátozottan cselekvőképessé, vagy kiskorú):

Név:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

Lakcím/Értesítési cím:

Telefonszám:

E-mail cím:

Adatkérő minőségének megjelölése (a megfelelő aláhúzendő):

- fent nevezett beteg gondnoka (a kijelölő határozat jelen nyilatkozat kitöltésével egyidejűleg csatolandó)
- fent nevezett beteg törvényes képviselője
- fent nevezett beteggel egy háztartásban élő cselekvőképessé házastársa
- fent nevezett beteggel egy háztartásban élő cselekvőképessé élettársa
- fent nevezett beteggel egy háztartásban élő cselekvőképessé gyermeke
- fent nevezett beteggel egy háztartásban élő cselekvőképessé szülője
- fent nevezett beteggel egy háztartásban élő cselekvőképessé nagyszülője
- fent nevezett beteggel egy háztartásban élő cselekvőképessé unokája

Amennyiben nem a beteggel egy háztartásban él:

- gyermek
- szülő
- testvér
- nagyszülő
- unoka
- örökös (a jogerős hagyatékátadó végzés másolata becsatolandó)

3. A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:**3.1 Keletkezés helye, ideje:**

Osztály:

Időpont/időszak:.....

3.2 A dokumentáció terjedelme, típusa (a megfelelő rész aláhúzendő):

3.2.1. Teljes egészségügyi dokumentáció

3.2.2. Nem teljes egészségügyi dokumentáció:

Ezen belül:

Zárójelentés
Ambuláns lap
Boncolási jegyzőkönyv
Ápolási dokumentáció
Műtéti leírás
Születési órára és percre vonatkozó leírás
Képalkotó diagnosztikai lelet
Képalkotó diagnosztikai felvétel - CD -n

Egyéb dokumentum:

4. Az egészségügyi dokumentációról elkészített másolat kiadásának módja (a megfelelő rész aláhúzendő):

Személyes átvétel

Postai úton történő megküldés, postacím:

elektronikus úton a megfelelő aláhúzendő **vagy** kitöltendő:

adathordozó **vagy** email:.....@.....

5. Egyéb megjegyzés:

A kérelem benyújtásával kapcsolatosan a kérelmező tudomásul veszi az alábbiakat:

Az egészségügyi dokumentáció további másolatainak kiadása papíralapon vagy bármely más adathordozón díjfizetési kötelezettséget von maga után, amelyet a kérelmezőnek az Intézet mindenkor hatályos Térítési Díj Szabályzatában foglaltaknak megfelelően kell megfizetnie. A másolat sürgősségi úton történő kiadása esetén az Intézmény a Térítési Díj Szabályzatában foglaltak alapján eltérő költségösszeget állapíthat meg. A másolat postai úton történő megküldése esetén a postaköltségek a kérelmezőt terhelik.

Az egészségügyi dokumentációk elektronikus úton történő továbbításának kérése esetén jelen kérelem aláírásával a kérelmező tudomásul veszi, hogy egészségügyi intézményünk az adattovábbítás biztonságát garantálni nem tudja és az ezzel kapcsolatos kockázatot a kérelmező vállalja!

A kérelmező jelen kérelem aláírásával egyidejűleg nyilatkozik, hogy a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS (EU) 2016/679 RENDELETE (továbbiakban: GDPR) az érintett hozzáférési jogát biztosító rendelkezéseit a fentiekben, míg az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 24.§-ban foglalt, az egészségügyi dokumentációk kikérésével összefüggő rendelkezéseket megismerte és tudomásul vette, melyek az alábbiakban kerültek összefoglalásra:

A **beteg jogosult** a gyógykezeléssel összefüggő adatainak kezeléséről tájékoztatást kapni, a rá vonatkozó egészségügyi adatokat megismerni, valamint az egészségügyi dokumentációba betekinteni, valamint azokról kivonatot vagy másolatot készíteni vagy saját költségére másolatot kapni.

A beteg jogosult az adott betegségével kapcsolatos egészségügyi ellátásának ideje alatt az általa meghatározott személyt írásban felhatalmazni a rá vonatkozó egészségügyi dokumentációba való betekintésre, illetve arra, hogy azokról másolatot készíttessen.

A beteg egészségügyi ellátásának befejezését követően csak a beteg által adott teljes bizonyító erővel rendelkező magánokiratban felhatalmazott személy jogosult az egészségügyi dokumentációba való betekintésre, és arról másolat készítésére.

A beteg halála esetén törvényes képviselője, közeli hozzátartozója, valamint örököse - írásos kérelme alapján - jogosult a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, továbbá a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi adatokat megismerni, az egészségügyi dokumentációba betekinteni, valamint azokról kivonatot, másolatot készíteni vagy saját költségére másolatot kapni.

***Teljes bizonyító erővel rendelkező magánokirat:**

- a kérelmező az okiratot saját kezűleg írta és aláírta,
- két tanú igazolja, hogy az okirat aláírója a részben vagy egészben nem általa írt okiratot előttük írta alá, vagy aláírását előttük saját kezű aláírásának ismerte el; igazolásként az okiratot mindkét tanú aláírja, továbbá az okiraton a tanúk nevét és lakóhelyét - ennek hiányában tartózkodási helyét - olvashatóan is fel kell tüntetni.
- az okirat aláírójának aláírását vagy kézjegyét az okiraton bíró vagy közjegyző hitelesíti
- ügyvéd vagy kamarai jogtanácsos az általa készített okirat szabályszerű ellenjegyzésével bizonyítja, hogy az okirat aláírója a más által írt okiratot előtte írta alá vagy aláírását előtte saját kezű aláírásának ismerte el

Kelt:.....

.....
Kérelmező (dokumentációt átvevő) aláírása

Amennyiben a kérelmező (adatkérő) nem azonos a beteggel (ellátásban részesülttel), a kérelmezőt meghatalmazó beteg aláírása:

.....
Beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Fizetendő összeg: Ft

.....
P. H. engedélyező aláírása

22. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 7.9. pont

Halottkezelési szolgáltatás igénylése

A részemre nyújtott halottkezelési tájékoztatás alapján kérem, hogy
 nevű, szül.:..... TAJ: elhunyt részére az alábbi szolgáltatást (az
 igényelt szolgáltatást kérjük megjelölni) szíveskedjenek elvégezni:

Szolgáltatás megnevezése	Szolgáltatás díja	Jelölje X-szel
A halott tárolási és hűtési díja (temetési engedély/halottvizsgálati bizonyítvány kiállítását követő első munkanapot követő naptári naptól)	3.500 Ft + ÁFA/nap	
Elhunyt intézményen belüli szállítása	2.200 Ft + ÁFA	
Mosdatás	1.500 Ft + ÁFA	
Borotválás	900 Ft + ÁFA	
Öltöztetés (hozott ruhába vagy lepelbe)	3.000 Ft + ÁFA	

Kelt: Dunaújváros, 20..... év hónap nap

Szolgáltatást igénylő adatai:

Név:

Lakcím:

Telefonszám:

.....
 Szolgáltatást igénylő aláírása

Költségek összesen:

Halott tárolási, hűtési díja: Ft

Halottkezelés díja: Ft

Összesen fizetendő: Ft

A szolgáltatást igénylő a költségeket a
 sorszámú számlán rendezte.

.....
 Aláírás

23. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 7.12. pont

Gyakorlati oktatások díjtételeinek kiszámlázási adatlapja

Szakmajegyzékben szereplő szakmák, illetve szakképesítések megszerzésére irányuló gyakorlat díja:

Számlázás adatai:

Szerződés száma:

Számlázási név:

Számlázási cím:

Adószám:

Számlázandó összeg: 300,- Ft/óra/fő xóra, összesen: Ft

Oktatásban részt vevő(k) neve:

Alap- és mesterképzésben szereplő szakképzettség megszerzésére irányuló gyakorlat díja:

Számlázás adatai:

Szerződés száma:

Számlázási név:

Számlázási cím:

Adószám:

Számlázandó összeg: 2.400,- Ft/nap/fő xnap, összesen: Ft

Oktatásban részt vevő(k) neve:

A szolgáltatás díja áfa mentes.

Díjfizetési mentesség:

- Saját dolgozó ágazaton belüli oktatása,
- Partnerszervezeteinkben (pl.: Dunaújvárosi SZC Lorántffy Zsuzsanna Technikum és Kollégium) történő képzések gyakorlati oktatása – utánpótlás biztosítása.

Dátum:

.....
oktatásvezető

24. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT 7.14. pont

Altatásos colonoszkópia és gasztroszkópia térítési díja

Altatásos colonoszkópia:	50.000,-Ft/ alkalom
Altatásos gasztroszkópia (csak orvosi javaslatra):	50.000,-Ft/ alkalom
Altatásos colonoszkópia és gasztroszkópia:	50.000,-Ft/ alkalom

Minta

Igazolás

Altatásos colonoscopy / gastroscopia igénybevételéről

Ellátó rendelés: Gasztroenterológia szakrendelés

Beteg neve:

Lakcíme:

TAJ száma:

Fent nevezett beteg szakrendelésünkön altatásos colonoscopy / gastroscopy vizsgálatot igényelt.

Igénybe vett szolgáltatás díja: 50.000 Ft

A szolgáltatás díja áfa mentes.

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása
P. H.