

**Heim Pál Gyermekkórház**

Térítési díj szabályzat Formanyomtatvány

Jóváhagyta: Dr. Nagy Anikó.....

**TDSZ-F3-J**

**Adatlap fizető járóbeteg ellátása térítési díjáról**

**Beteg neve:**.....**Szül idő:**.....**Induló ambulancia:**.....**Dátum:**.....  
**Felvételi iroda megjegyzése:** .....

Megnevezés	Szakterület	Díja	db elrendelése: érték, orvos aláírása	Érték fizetés igazolása: felvételi iroda aláírása	Elvégzett szolgáltatást igazolása: orvos aláírás, dátum, pecsét
Technikai asszisztens díja/ eset:		10.000 Ft			
Szakorvosi/pszichológusi vizsgálat		8.000 Ft			
		8.000 Ft			
		8.000 Ft			
		8.000 Ft			
Gipszelés végtagonként		11.000 Ft			
Egyszerű beavatkozás altatás nélküli (pl.: körömlévtétel, mély seb ellátása, ficam, törés helyretétele)		40.000 Ft			
Kiegészítő műszeres vizsgálat (pl. BERA, egyéb hallásvizsgálat)		20.000 Ft			
12 elvezetéses EKG		5.000 Ft			
Echokardiográfias vizsgálat		20.000 Ft			
<b>Altatás műtét nélkül</b> , altatószerrel pl. MR, CT esetén		35.000 Ft			
Szövettan		25.000 Ft			
Endoscopia altatás nélkül		55.000 Ft			
Kijáró ügyelet vizsgálat		8.000 Ft			
Videó EEG		25.000 Ft			
Logterm EEG		30.000 Ft			
Légzésfunkció vizsgálata		6.000 Ft			

Dokumentum kód:	TDSZ-F3-J	Oldalszám:	1./2
Változat szám:	3.		
Állomány név:	Mindenkinek/Szabályzatok/TDSZ-F3-J-3	Érvénybe lép:	2016.07.25.

**Heim Pál Gyermekkórház**  
Térítési díj szabályzat Formanyomtatvány

**TDSZ-F3-J**

**Adattlap fizető járóbeteg ellátása térítési díjáról**

Megnevezés	Szakterület	Díja	db elrendelése: érték, orvos aláírása	Érték fizetés igazolása: felvételi iroda aláírása	Elvégzett szolgáltatást igazolása: orvos aláírás, dátum, pecsét
Prick teszt (légtüri és étel is) allergénként		1.800 Ft			
Epicutan próba (allergia teszt a háton) allergénként		3.500 Ft			
Kiszállási díj gépkocsi		6.000 Ft			
Gyógyszerköltség					
Gyógyászati segédeszköz					
Vér- és vérvizsgálatok, vértérés					
Dietetikai tanácsadás		7.000 Ft/óra			
Logopédia		7.000 Ft/óra			
Gyógytorna		7.000 Ft/óra			
<b>Összesen:</b>					

**A diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó adatok megadása kötelező!**

<b>Laborvizsgálat összesen:</b>	Nem / igen, TDSZ-F1A csatolandó				
<b>Röntgen/UH összesen:</b>	Nem / igen, TDSZ-F1B csatolandó				
<b>CT összesen:</b>	Nem / igen, TDSZ-F1C csatolandó				
<b>Fogászati röntgen összesen:</b>	Nem / igen, TDSZ-F1D csatolandó				
<b>Külső vizsgálat összesen:</b>	Nem / igen, adatok megadása lejjebb				
<b>ÖSSZESEN:</b>					

Külső intézménybe küldött, végzett vizsgálatok: nem / igen, megnevezése: .....

intézmény neve, címe: .....

Végelszámolás alapján ..... Ft fizetendő a beteg által / visszafizetendő a kórház által dátum, aláírás, pecsét:.....

**A díjak előre fizetendők, kivéve életveszélyes állapot esetén (utólag)!**

Dokumentum kód:	TDSZ-F3-J	Oldalszám:	2./2
Változat szám:	3.		
Állomány név:	Mindenkinék/Szabályzatok/TDSZ-F3-J-3	Érvénybe lép:	2016.07.25.