

Pál Heim National Institute of Pediatrics

付款规则表

TDSZ-F2-KÍNAI

声明 – 同意匈牙利健康数据的发布

声明 匈牙利 (kötelezvény)

本人, 作为署名人, 确认 (Alulírott, elismerem, hogy)

姓名 (Név):	国籍 (Állampolgárság):
出生地 (Szül.hely):	出生日期 (Szül.idő):
外国住址 (Külföldi lakcíme):	
匈牙利住址 (magyarországi lakcíme):	
电话 (Telefon):	电子邮箱 (e-mail):
输入带有照片的身份证件的名称和号码; 附复印件 (Arcképes azonosító igazolvány és lakcímkártya neve, száma beírandó és a fénymásolat csatolandó):	
法定权利 (jogcím):	<input type="checkbox"/> 自由权利 (saját jogon) <input type="checkbox"/> 父母 (szülő) <input type="checkbox"/> 监护人 (gondviselő) <input type="checkbox"/> 其他 (egyéb):

有关如下患者的治疗 (az alábbi beteg gyógykezelésével kapcsolatban):

患者姓名 (ellátott beteg neve):	国籍 (Állampolgársága):
出生地 (Szül.hely):	出生日期 (Szül.idő):
母亲姓名 (Anyja neve):	
外国住址 (Külföldi lakcíme):	
匈牙利住址 (magyarországi lakcíme):	
治疗地点 (病房, 门诊专家或全科医生治疗) (fekvőbeteg osztály, járóbeteg szakorvosi -, körzeti ellátás):	
输入带有照片的身份证件的名称和号码; 附复印件: (Arcképes azonosító igazolvány és lakcímkártya neve, száma beírandó és a fénymásolat csatolandó)	
治疗时间/期限 (ellátás ideje/időtartama):	

我从本机构出院时尚未支付 福林的治疗费, 护理费和其他费用。
(felmerült..... Ft betegellátási, ápolási és egyéb díjat az intézetből történt távozásig nem egyenlítetttem ki.)

我承认如上患者医护, 护理费或与医疗相关的其他费用并承诺最迟在15天内付款或者在护理期内提交患者的社保卡。

-通过我收到的汇票凭证*或

-通过转账*至 Pál Heim National Institute of Pediatrics的银行账户No. MÁK 10023002-00317708-00000000, 或如果从国外转账*: IBAN HU52100230020031770800000000, SWIFT code MANEHUHB。

*适用项下划线

(A gyógykezeléssel kapcsolatban felmerült fenti összegű betegellátási, ápolási díj vagy egyéb tartozást elismerem és kötelezem magam, hogy annak kiegyenlítéséről max. 15 napon belül gondoskodom, vagy bemutatom az ellátás idejére érvényes TAJ kártyáját a betegnek.

- a most átvett átutalási postautalványon* vagy

- átutalással* a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet költségvetési elszámolási MÁK 10023002-00317708-00000000 számú számlájára, külföldről történő fizetés esetén*: IBAN HU52100230020031770800000000, SWIFT kód MANEHUHB befizetem azt.

* a megfelelő aláhúzendő)

Dokumentum kód:	TDSZ-F2-KÍNAI	Oldalszám:	1./2
Változat szám:	2.		
Állomány név:	Mindenkinek/Formanyomtatványok/TDSZ-F2-KÍNAI	Érvénybe lép:	2023.05.16.

Pál Heim National Institute of Pediatrics

付款规则表

TDSZ-F2 KÍNAI

声明 – 同意匈牙利健康数据的发布

本人, 署名人, (字迹清楚的姓名), 作为孩子的父母/法定代表人, 同意Pál Heim National Institute of Pediatrics可以将与孩子的疾病和治疗有关的病历文件以及与我和孩子有关的个人信息转发给第三方, 但前提是这对于付款和治疗费用的回收是必要的。

(Alulírott, (név, olvashatóan), mint a gyermek szülője/ törvényes képviselője nyilatkozom, hogy a gyermek betegségére, kezelésére vonatkozó adatokat tartalmazó betegdokumentációt, valamint a saját és a gyermekem személyes adatait a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet továbbíthatja harmadik félnek, ha ez az ellátás térítési díjának megtérülése érdekében szükséges.)

布达佩斯,月日 (Budapest,hónap)

.....
作为医疗费用责任人的外国患者的父母或监护人的签字

(az ápolat külföldi állampolgár szülője, gondviselője, mint díjfizetésre kötelezett aláírása)

附件: 患者和责任人的护照和其他保险数据的复印件 (Melléklet: A díjfizetésre kötelezett és a beteg útlevelének, egyéb biztosítási adatainak fénymásolata)

我们现场见证 (Elöttünk mint tanúk előtt):

盖章 (Ph.)

姓名(Név): 姓名 (NÉV):

工作地点(munkahely): 工作地点 (munkahely).....

Documentum kód:	TDSZ-F2-KÍNAI	Pages:	2/2
Változat szám:	2.		
Állomány név:	C:/Tanúsítás/Formanyomtatványok/TDSZ-F2-KÍNAI	Érvénybe lép:	2023.05.16.

Istituto Nazionale di Pediatria Pál Heim

Modulo Regole di Pagamento

TDSZ-F2-OLASZ

Dichiarazione – autorizzazione al rilascio dei dati medici

D I C H I A R A Z I O N E (Kötelezvény)

Io, sottoscritto, riconosco che (Alulírott, elismerem, hogy)

Nome(Név):		Nazionalità(Állampolgárság):	
Luogo di nascita(Szül.hely):		Data di nascita(Szül.idő):	
Indirizzo all'estero(külföldi lakcíme):			
Indirizzo in Ungheria(magyarországi lakcíme):			
Telefono(telefon):		Email(e-mail):	
Inserite il nome e il numero della foto d'identità e carta di residenza, allegare fotocopie: (Arcképes azonosító igazolvány és lakcímkártya neve, száma beírandó és a fénymásolat csatolandó):			
Titolo legale: (Jogcím)	<input type="checkbox"/> proprio diritto (saját jogon)	<input type="checkbox"/> genitore (szülő)	<input type="checkbox"/> tutore (gondviselő)
	<input type="checkbox"/> altro (egyéb)		

riguardo al ricovero del seguente paziente (az alábbi beteg gyógykezelésével kapcsolatban)

Nome del paziente(ellátott beteg neve):		Nazionalità(állampolgársága):	
Luogo di nascita(szül.hely):		Data di nascita(szül.idő):	
Nome della madre(anyja neve):			
Indirizzo all'estero (külföldi lakcíme):			
Indirizzo in Ungheria (magyarországi lakcíme):			
Luogo di ricovero (reparto ospedaliero, specialista ambulatoriale o trattamento medico di base): Ellátás helye (fekvőbeteg osztály, járóbeteg szakorvosi -, körzeti ellátás):			
Inserite il nome e il numero della foto d'identità e carta di residenza, allegare fotocopie: Arcképes azonosító igazolvány és lakcímkártya neve, száma beírandó és a fénymásolat csatolandó:			
Data/periodo del ricovero (Ellátás ideje/időtartama):			

Non ho pagato l'HUF trattamento, cure e altre tasse al momento della mia dimissione dall'istituzione. (felmerült..... Ft betegellátási, ápolási és egyéb díjat az intézetből történt távozásig nem egyenlítetttem ki)

Prendo atto delle suddette cure per i pazienti, delle spese infermieristiche o di altri debiti sostenuti in relazione a cure mediche e mi impegno a pagare entro max. 15 giorni o per presentare la tessera di sicurezza sociale del paziente per la durata dell'assistenza.

- tramite il **buono dell'ordine** * che ho ricevuto o
- tramite **bonifico** * sul conto bancario dell'Istituto nazionale di pediatria Pál Heim n. MÁK 10023002-00317708-00000000 o in caso di **trasferimento dall'estero** *: IBAN HU52100230020031770800000000, codice SWIFT MANEHUHB.

* sottolineare quale scelto

(A gyógykezeléssel kapcsolatban felmerült fenti összegű betegellátási, ápolási díj vagy egyéb tartozást elismerem és kötelezem magam, hogy annak kiegyenlítéséről max. 15 napon belül gondoskodom, vagy bemutatom az ellátás idejére érvényes TAJ kártyáját a betegnek.

- a most átvett átutalási **postautalványon*** vagy
- **átutalással*** a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet költségvetési elszámolási MÁK 10023002-00317708-00000000 számú számlájára, külföldről történő fizetés esetén*: IBAN HU52100230020031770800000000, SWIFT kód MANEHUHB befizetem azt.

* a megfelelő aláhúzendő)

Io, sottoscritto, (nome leggibile), in qualità di genitore / rappresentante legale del minore, consento che l'Istituto Nazionale di Pediatria Pál Heim possa inoltrare i documenti medici relativi alla malattia e al

Dokumentum kód:	TDSZ-F2-OLASZ	Pagine:	1./2
Verzió szám:	2		
Állomány név:	Mindenkinek/Formanyomtatvány/TDSZ-F2-OLASZ	Érvénybe lép:	2023.05.16.

Istituto Nazionale di Pediatria Pál Heim

Modulo Regole di Pagamento

TDSZ-F2-OLASZ

Dichiarazione – autorizzazione al rilascio dei dati medici

trattamento del bambino, nonché i dati personali relativi a me e al bambino, a una terza persona se è necessario per il pagamento e il recupero delle spese mediche.

(Alulírott, (név, olvashatóan), mint a gyermek szülője/ törvényes képviselője nyilatkozom, hogy a gyermek betegségére, kezelésére vonatkozó adatokat tartalmazó betegdokumentációt, valamint a saját és a gyermekem személyes adatait a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet továbbíthatja harmadik félnek, ha ez az ellátás térítési díjának megtérülése érdekében szükséges.)

Budapest,mesegiorno

.....
firma del genitore o tutore del paziente estero quale persona responsabile delle spese mediche

(az ápoló külföldi állampolgár szülője, gondviselője, mint díjfizetésre kötelezett aláírása)

Allegare: Fotocopie del passaporto del paziente e della persona responsabile e altri dati assicurativi
(**Melléklet:** A díjfizetésre kötelezett és a beteg útlevelének, egyéb biztosítási adatának fénymásolata)

Alla nostra presenza come testimoni (Előttünk mint tanúk előtt):

Timbro (Ph.)

Nome(Név):

Nome(név):

Luogo di lavoro(munkahely):

Luogo di lavoro(munkahely):

Dokumentum kód:	TDSZ-F2-OLASZ	Pagine:	2./2
Verzió szám:	2		
Állomány név:	Mindenkinek/Formanyomtatvány/TDSZ-F2-OLASZ	Érvénybe lép:	2023.05.16.

Национальный Институт Педиатрии им. Пала Хейма

Платежный формуляр

TDSZ-F2-OROSZ

Заявление-согласие на обработку данных о состоянии здоровья на венгерском языке

З А Я В Л Е Н И Е (kötelezvény)

Я, нижеподписавшийся, подтверждаю, что (Alulírott, elismerem, hogy)

Имя (név):		Гражданство(állampolgárság):	
Место рождения(Szül.hely):		Дата рождения(szül.idő):	
Заграничный адрес(külföldi lakcíme):			
Адрес в Венгрии(magyarországi lakcíme):			
Номер телефона(telefon):		Адрес электронной почты(e-mail):	
Введите номер и имя удостоверения личности и карты проживания; приложите фотокопии: (Arcképes azonosító igazolvány és lakcímkártya neve, száma beírandó és a fénymásolat csatolandó:)			
Правовой статус(jogcím)	<input type="checkbox"/> лично (saját jogon)	<input type="checkbox"/> родитель (szülő)	<input type="checkbox"/> опекун (gonviselő)
	<input type="checkbox"/> другое (egyéb).....		

относительно лечения нижеуказанного пациента (az alábbi beteg gyógykezelésével kapcsolatban)

Имя пациента (ellátott neve):		Гражданство(állampolgársága):	
Место рождения(szül.hely):		Дата рождения(szül.idő):	
Имя матери(anya neve):			
Заграничный адрес(külföldi lakcíme):			
Адрес в Венгрии(magyarországi lakcíme):			
Место лечения (стационарное отделение, амбулаторная клиника или врач общей практики): (Ellátás helye (fekvőbeteg osztály, járóbeteg szakorvosi -, körzeti ellátás):			
Введите номер и имя удостоверения личности и карты проживания; приложите фотокопии: (Arcképes azonosító igazolvány és lakcímkártya neve, száma beírandó és a fénymásolat csatolandó)			
Время/период лечения (ellátás ideje/időtartama):			

Я не оплатил HUF (венгерских форинтов) за лечение, уход или другие услуги во время выписки из института. (felmerült..... Ft betegellátási, ápolási és egyéb díjat az intézetből történt távozásig nem egyenlítettem ki.)

Я подтверждаю получение услуги вышеупомянутого ухода за пациентом, размер платы за медицинское обслуживание или другую задолженность, возникшую в связи с лечением, и обязуюсь погасить ее в течение 15 дней максимум или предъявить карточку социального страхования пациента на время оказания медицинской помощи.

- посредством платежного поручения*, которое я получил; или
- посредством денежного перевода* на банковский счет Национального Института Педиатрии им. Пала Хейма No. MÁK 10023002-00317708-00000000, или в случае перевода денег из-за границы*: IBAN HU52100230020031770800000000, SWIFT код MANEHUHB.

* подчеркните необходимое

(A gyógykezeléssel kapcsolatban felmerült fenti összegű betegellátási, ápolási díj vagy egyéb tartozást elismerem és kötelezem magam, hogy annak kiegyenlítéséről max. 15 napon belül gondoskodom, vagy bemutatom az ellátás idejére érvényes TAJ kártyáját a betegnek.

- a most átvett átutalási postautalványon* vagy
- átutalással* a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet költségvetési elszámolási MÁK 10023002-00317708-00000000 számú számlájára, külföldről történő fizetés esetén*: IBAN HU52100230020031770800000000, SWIFT kód MANEHUHB befizetem azt.

* a megfelelő aláhúzendő)

Дokumentum kód:	TDSZ-F2-OROSZ	Oldalszám:	1./2
Változat szám:	2.		
Állomány név:	Mindenkinek/Formanyomtatvány/TDSZ-F2-OROSZ	Érvénybe lép:	2023.05.16.

Национальный Институт Педиатрии им. Пала Хейма

Платежный формуляр

TDSZ-F2-OROSZ

**Заявление-согласие на обработку данных о состоянии здоровья
на венгерском языке**

Я, нижеподписавшийся, (имя разборчиво), выступаю в качестве родителя/законного представителя ребенка и даю согласие на то, чтобы Национальный Институт Педиатрии им. Пала Хейма пересылал медицинские документы, касающиеся болезни и лечения ребенка, а также личные данные (мои и ребенка) третьему лицу, если это необходимо для оплаты медицинских услуг.

(Alulírott, (név, olvashatóan), mint a gyermek szülője/ törvényes képviselője nyilatkozom, hogy a gyermek betegségére, kezelésére vonatkozó adatokat tartalmazó betegdokumentációt, valamint a saját és a gyermekem személyes adatait a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet továbbíthatja harmadik félnek, ha ez az ellátás térítési díjának megtérülése érdekében szükséges.)

г. Будапешт,месяцдень
(Budapest,hónap

.....
подпись родителя или опекуна иностранного пациента, ответственного за оплату медицинских услуг
(az ápoló külföldi állampolgár szülője, gondviselője, mint díjfizetésre kötelezett aláírása)

Приложение: Ксерокопии паспортов пациента и ответственного лица, а также другая страховая информация (**Melléklet:** A díjfizetésre kötelezett és a beteg útlevelének, egyéb biztosítási adatának fénymásolata)

В нашем присутствии в качестве свидетелей (Előttünk mint tanúk előtt:)

штамп (Ph)

Имя(név):.....

Имя(név):.....

Должность(munkahely):

Должность(munkahely):

Дokumentum kód:	TDSZ-F2-OROSZ	Oldalszám:	2./2
Változat szám:	2.		
Állomány név:	Mindenkinek/Formanyomtatvány/TDSZ-F2-OROSZ	Érvénybe lép:	2023.05.16.

Institut National Pédiatrique Heim Pál Formulaire de réglementation relative aux frais de soins Térítési díj szabályzat Formanyomtatvány	
TDSZ-F2-francia	Obligation – déclaration de consentement rédigée en français, sur la communication des données relatives aux soins de santé

OBLIGATION rédigée en français (kötelezvény Francia nyelven)

Je, soussigné(e), reconnais que (Alulírott, elismerem, hogy)

Nom (Név):		Nationalité (Állampolgárság):	
Lieu de naissance (Szül.hely):		Date de naissance (Szül.idő):	
Adresse à l'étranger (Külföldi lakcíme) :			
Adresse en Hongrie (magyarországi lakcíme) :			
Téléphone : (Telefon)		E-mail : (e-mail)	
Il faut indiquer le numéro du document d'identité muni de photo et de la carte de domicile ainsi que joindre leur copie : (Arcképes azonosító igazolvány és lakcímkártya neve, száma beírandó és a fénymásolat csatolandó)			
Titre :		<input type="checkbox"/> de droit individuel (saját jogon) <input type="checkbox"/> parent (szülő) <input type="checkbox"/> tuteur (gondviselő) <input type="checkbox"/> autre (egyéb)	
à propos des soins prodigués au patient :			
Nom du patient : (Ellátott beteg neve)		Nationalité : (Állampolgárság)	
Lieu de naissance : (születési hely):		Date de naissance : (Szül.idő)	
Nom de sa mère : (Anyja neve)			
Adresse à l'étranger : (Külföldi lakcíme):			
Adresse en Hongrie : (magyarországi lakcíme)			
Lieu des soins (département des patients hospitalisés, service de soins ambulatoires – médecin de famille ou soins prodigués sur base de la compétence territoriale): (Ellátás helye fekvőbeteg osztály, járóbeteg szakorvosi -, körzeti ellátás)			
Il faut indiquer le numéro du document d'identité muni de photo et de la carte de domicile ainsi que joindre leur copie : (Arcképes azonosító igazolvány és lakcímkártya neve, száma beírandó és a fénymásolat csatolandó)			
Date et durée des soins : (Ellátás ideje/időtartama):			

je n'ai pas encore réglé, jusqu'à ma sortie de l'établissement de santé, les frais de soins, d'autres soins d'un montant de Ft.

Je reconnais que j'ai des dettes au titre des frais de soins ou d'autres frais liés à mon traitement et je m'engage à les régler au maximum dans un délai de 15 jours ou je présente la carte de sécurité sociale du patient, valide pendant la durée des soins.

Je règle le montant dû

- par mandat postal* réceptionné
- par virement bancaire* effectué sur le compte bancaire budgétaire de Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet (Institut National Pédiatrique Heim Pál) au numéro suivant : 10023002-00317708-00000000 géré par MÁK, en cas de virement effectué depuis l'étranger* : IBAN HU52100230020031770800000000, Code SWIFT : MANEHUHB.

* A souligner la réponse adéquate !

(A gyógykezeléssel kapcsolatban felmerült fenti összegű betegellátási, ápolási díj vagy egyéb tartozást elismerem és kötelezem magam, hogy annak kiegyenlítéséről max. 15 napon belül gondoskodom, vagy bemutatom az ellátás idejére érvényes TAJ kártyáját a betegnek.

- a most átvett átutalási postautalványon* vagy
- átutalással* a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet költségvetési elszámolási MÁK 10023002-00317708-00000000 számú számlájára, külföldről történő fizetés esetén*: IBAN HU52100230020031770800000000, SWIFT kód MANEHUHB befizetem azt.

* a megfelelő aláhúzendő)

Dokumentum kód:	TDSZ-F2-FRANCIA	Oldalszám:	1./2
Változat szám:	2.		
Állomány név:	Mindenkinek/Szabályzatok/TDSZ-F2-FRANCIA	Érvénybe lép:	2023.05.16.

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet	
TDSZ-F2- francia	Obligation – déclaration de consentement rédigée en français, sur la communication des données relatives aux soins de santé

Je, soussigné(e), (nom indiqué lisiblement), en tant que parent/représentant légal de l'enfant, déclare que Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet (Institut National Pédiatrique Heim Pál) peut transmettre la documentation relative à la maladie, au traitement de l'enfant ainsi que mes données personnelles et celles de mon enfant à un tiers, si cela est nécessaire pour le remboursement des frais de soins.

Alulírott, (név, olvashatóan), mint a gyermek szülője/ törvényes képviselője nyilatkozom, hogy a gyermek betegségére, kezelésére vonatkozó adatokat tartalmazó betegdokumentációt, valamint a saját és a gyermekem személyes adatait a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet továbbíthatja harmadik félnek, ha ez az ellátás térítési díjának megtérülése érdekében szükséges.

Fait à Budapest, le jour mois année

.....
signature du parent, tuteur du patient étranger, en tant que personne obligée de payer les frais

(az ápolat külföldi állampolgár szülője, gondviselője, mint díjfizetésre kötelezett aláírása)

Annexe : Copie du passeport et des données de sécurité sociale de la personne obligée de payer les frais et du patient Melléklet: A díjfizetésre kötelezett és a beteg útlevelének, egyéb biztosítási adatainak fénymásolata

Devant nous, en tant que témoins : (Előttünk mint tanúk előtt):

Place du cachet

Nom (Név):.....

Nom (Név):.....

Lieu de travail (Munkahely):

Lieu de travail (Munkahely):

Dokumentum kód:	TDSZ-F2-FRANCIA	Öldalszám:	2./2
Változat szám:	2.		
Állomány név:	Mindenkinek/Szabályzatok/TDSZ-F2-FRANCIA	Érvénybe lép:	2023.05.16.

Heim Pál Landesinstitut für Kinderheilkunde Formblatt zur Gebührenvorschrift	
TDSZ-F2-NÉMET	Verbindlichkeit – Einverständniserklärung über die Übermittlung von Gesundheitsdaten auf Deutsch

VERBINDLICHKEIT auf Deutsch (kötelezvény német nyelven)

Ich, Unterzeichner, erkenne, dass ich, (Alulírott, elismerem, hogy)

Name(név):		Staatsangehörigkeit(állampolgárság):	
Geburtsort(szül.hely):		Geburtsdatum(szül.idő):	
Wohnadresse im Ausland(külföldi lakcím):			
Wohnadresse in Ungarn(magyarországi lakcím):			
Telefonnummer(telefonszám):		E-Mail(e-mail):	
Die Namen und die Nummern des Lichtbildausweises und der Wohnsitzbescheinigung sind einzutragen und die Fotokopien sind beizufügen: (Arcképes azonosító igazolvány és lakcímkártya neve, száma beírandó és a fénymásolat csatolandó):			
Rechtstitel(jogcím):		<input type="checkbox"/> eigenständig (saját jogon) <input type="checkbox"/> Elternteil (szülő) <input type="checkbox"/> Vormund (gondviselő) <input type="checkbox"/> Sonstiges (egyéb).....	

in Bezug auf die Heilbehandlung des folgenden Kranken (az alábbi beteg gyógykezelésével kapcsolatban)

Name des Patienten(ellátott beteg neve):		Staatsangehörigkeit(állampolgárság):	
Geburtsort(szül.hely):		Geburtsdatum(szül.idő):	
Mädchenname der Mutter(anyja neve):			
Wohnadresse im Ausland(külföldi lakcím):			
Wohnadresse in Ungarn(magyarországi lakcím):			
Ort der Behandlung (Abteilung für stationäre Patienten, Spezialabteilung für ambulante Patienten, regionale Behandlung): Ellátás helye (fekvőbeteg osztály, járóbeteg szakorvosi -, körzeti ellátás):			
Die Namen und die Nummern des Lichtbildausweises und der Wohnsitzbescheinigung sind einzutragen und die Fotokopien sind beizufügen: Arcképes azonosító igazolvány és lakcímkártya neve, száma beírandó és a fénymásolat csatolandó:			
Datum/Zeitraum der Behandlung (ellátás ideje/időtartama):			

entstandene..... Ft, als Patientenbehandlungs-, Pflege- und sonstige Gebühr habe ich bis zur Verlassung des Instituts nicht vergütet. (felmerült..... Ft betegellátási, ápolási és egyéb díjat az intézetből történő távozásig nem egyenlítetttem ki.)

Die aus der Heilbehandlung entstandene Patientenbehandlungs-, Pflege- und sonstige Gebühr mit dem obigen Betrag erkenne ich hiermit, und ich verpflichte mich zur Vergütung dieses Betrags innerhalb von 15 Tagen, oder ich lege die SV-Karte der Patientin/ des Patienten, die für den Zeitdauer der Behandlung gültig war, vor.

- Mithilfe der jetzt übernommenen **Überweisungspostanweisung*** oder
- **durch Überweisung*** auf das Verrechnungskonto des Heim Pál Landesinstituts für Kinderheilkunde mit der Kontonummer MÁK 10023002-00317708-00000000, im Fall von einer Überweisung vom Ausland*: IBAN HU52100230020031770800000000, SWIFT-Kode: MANEHUHB zahle ich die Gebühren ein.

* das entsprechende ist zu unterstreichen.

A gyógykezeléssel kapcsolatban felmerült fenti összegű betegellátási, ápolási díj vagy egyéb tartozást elismerem és kötelezem magam, hogy annak kiegyenlítéséről max. 15 napon belül gondoskodom, vagy bemutatom az ellátás idejére érvényes TAJ kártyáját a betegnek.

- a most átvett átutalási **postautalványon*** vagy

- **átutalással*** a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet költségvetési elszámolási MÁK 10023002-00317708-00000000 számú számlájára, **külföldről történő fizetés esetén***: IBAN HU52100230020031770800000000, SWIFT kód MANEHUHB befizetem azt.

* a megfelelő aláhúzendő

Dokumentum kód:	TDSZ-F2-NÉMET	Oldalszám:	1./2
Változat szám:	2.		
Állomány név:	Mindenkinek/Formanyomtatvány/TDSZ-F2-NÉMET	Érvénybe lép:	2023.05.16.

Heim Pál Landesinstitut für Kinderheilkunde
Formblatt zur Gebührenvorschrift

TDSZ-F2-NÉMET

**Verbindlichkeit – Einverständniserklärung über die Übermittlung von
Gesundheitsdaten
auf Deutsch**

Ich, Unterzeichner, (leserliche Name), als der Elternteil/gesetzliche Vertreter des Kindes erkläre hiermit, dass das Heim Pál Landesinstitut für Kinderheilkunde berechtigt ist, die Krankendokumentation mit der Krankheits- und Behandlungsdaten, sowie die persönliche Daten von mir und von meinem Kind an einer Drittperson weiterzugeben, falls dies für das Ausgleich der Behandlungsgebühr benötigt ist.

Alulírott, (név, olvashatóan), mint a gyermek szülője/ törvényes képviselője nyilatkozom, hogy a gyermek betegségére, kezelésére vonatkozó adatokat tartalmazó betegdokumentációt, valamint a saját és a gyermekem személyes adatait a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet továbbíthatja harmadik félnek, ha ez az ellátás térítési díjának megtérülése érdekében szükséges.

Budapest, den.....TagMonat

.....
Unterschrift des zur Gebührenzahlung verpflichteten
Elternteils/ Vormunds des ausländischen Staatsangehörigen
(az ápolat külföldi állampolgár szülője, gondviselője, mint díjfizetésre kötelezett aláírása)

Beilage: Fotokopie von dem Reisepass und von sonstigen Versicherungsdaten des zur Gebührenzahlung verpflichteten und der Patientin/des Patienten.

(Melléklet: A díjfizetésre kötelezett és a beteg útlevelének, egyéb biztosítási adatainak fénymásolata)

Vor uns, Zeugen: (előttünk, mint tanúk előtt)

L.S. (Ph.)

Name(név):.....

Name(név):.....

Arbeitsplatz(munkahely):

Arbeitsplatz(munkahely):

Dokumentum kód:	TDSZ-F2-NÉMET	Oldalszám:	2./2
Változat szám:	2.		
Állomány név:	C:/Tanusítás/Szabályzatok/TDSZ-F2-NÉMET	Érvénybe lép:	2023.05.16.

Institutul Național de Pediatrie „Heim Pál” Formularul regulamentului privind tariful de rambursare	
TDSZ-F2-ROMÁN	Obligație – declarația de consimțământ privind emiterea datelor referitoare la sănătate limba română

OBLIGAȚIE în limba română(kötelezvény Román nyelven)

Subsemnatul, recunosc faptul că (Alulírott, elismerem, hogy)

Numele(név):		Cetățenia(állampolgárság):
Locul nașterii(szül.hely):		Data nașterii(szül.idő):
Domiciliul din străinătate(külföldi lakcíme):		
Domiciliul din Ungaria(magyarországi lakcíme):		
Telefon(telefon):		E-mail(e-mail):
Se va completa cu denumirea și numărul legitimației cu fotografie, respectiv ale cardului de domiciliu, care se vor anexa în xerocopie: (Arcképes azonosító igazolvány és lakcímkártya neve, száma beírandó és a fénymásolat csatolandó:)		
Titlu juridic(jogcím):	<input type="checkbox"/> în nume propriu(saját jogon)	<input type="checkbox"/> părinte (szülő) <input type="checkbox"/> tutore (gondviselő)
	<input type="checkbox"/> altele (egyéb).....	

în ceea ce privește tratamentul medical al pacientului (az alábbi beteg gyógykezelésével kapcsolatban)

Numele pacientului tratat(ellátott beteg neve):		Cetățenia(állampolgársága):
Locul nașterii(szül.hely):		Data nașterii(szül.idő):
Numele mamei(anyja neve):		
Domiciliul din străinătate(külföldi lakcíme):		
Domiciliul din Ungaria(magyarországi lakcíme):		
Locul acordării tratamentului (secția staționară, ambulatoriu de specialitate, îngrijire în cadrul circumscripției medicale): (Ellátás helye (fekvőbeteg osztály, járóbeteg szakorvosi -, körzeti ellátás):		
Se va completa cu denumirea și numărul legitimației cu fotografie, respectiv ale cardului de domiciliu, care se vor anexa în xerocopie: (Arcképes azonosító igazolvány és lakcímkártya neve, száma beírandó és a fénymásolat csatolandó):		
Data/durata îngrijirii medicale (Ellátás ideje/időtartama) :		

până la data părăsirii instituției, nu am achitat tariful de îngrijire și asistență a pacientului, respectiv celelalte tarife, în sumă de Ft. (felmerült..... Ft betegellátási, ápolási és egyéb díjat az intézetből történt távozásig nem egyenlítetttem ki.)

Recunosc tariful de îngrijire și asistență a pacientului, respectiv celelalte datorii apărute în legătură cu tratamentul, stabilită în suma determinată mai sus, și mă oblig să mă ocup de achitarea acestei sume în termen de max. 15 zile sau să prezint asigurarea de sănătate a pacientului, valabilă pentru perioada înfrizirii.

- prin mandatul poștal* pe care l-am preluat acum sau
- prin virament bancar * în contul de contabilitate bugetară al Institutul Național de Pediatrie „Heim Pál”: MÁK 10023002-00317708-00000000; pentru viramente din străinătate*: IBAN HU52100230020031770800000000, cod SWIFT: MANEHUHB.

* a se sublinia varianta corespunzătoare

(A gyógykezeléssel kapcsolatban felmerült fenti összegű betegellátási, ápolási díj vagy egyéb tartozást elismerem és kötelezem magam, hogy annak kiegyenlítéséről max. 15 napon belül gondoskodom, vagy bemutatom az ellátás idejére érvényes TAJ kártyáját a betegnek.

- a most átvett átutalási postautalványon* vagy

~~átutalással* a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet költségvetési elszámolási MÁK 10023002-00317708-00000000 számú számlájára, külföldről történő fizetés esetén*: IBAN HU52100230020031770800000000, SWIFT kód MANEHUHB befizetem azt.~~

* a megfelelő aláhúzendő)

Subsemnatul (numele scris cîte), în calitate de părinte/reprezentant legal al copilului, îmi dau consimțământul ca Institutul Național de Pediatrie „Heim Pál” să transmită documentația care conține datele privind boala și

Dokumentum kód:	TDSZ-F2-ROMÁN	Oldalszám:	1./2
Változat szám:	2.		
Állomány név:	Mindenkinek/Formanyomtatványok/TDSZ-F2-ROMÁN	Érvénybe lép:	2023.05.16.

Institutul Național de Pediatrie „Heim Pál” Formularul regulamentului privind tariful de rambursare	
TDSZ-F2-ROMÁN	Obligație – declarația de consimțământ privind emiterea datelor referitoare la sănătate limba română

tratamentul copilului, precum și propriile mele date personale și datele personale ale copilului, oricărei părți terțe, în măsura în care transmiterea acestora este necesară pentru achitarea tarifului de rambursare al îngrijirii pacientului.

(Alulírott, (név, olvashatóan), mint a gyermek szülője/ törvényes képviselője nyilatkozom, hogy a gyermek betegségére, kezelésére vonatkozó adatokat tartalmazó betegdokumentációt, valamint a saját és a gyermekem személyes adatait a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet továbbíthatja harmadik félnek, ha ez az ellátás térítési díjának megtérülése érdekében szükséges.)

Budapest, luna ziuă
(Budapest, hó nap)

.....
semnătura părintelui sau a tutorelui pacientului cetățean străin, obligat la plata tarifului
(az ápolat külföldi állampolgár szülője, gondviselője, mint díjfizetésre kötelezett aláírása)

Anexă: Xerocopia pașaportului, respectiv a celorlalte date de asigurare ale persoanei obligate la plata tarifului și ale pacientului

(Melléklet: A díjfizetésre kötelezett és a beteg útleivelének, egyéb biztosítási adatainak fénymásolata)

Martori:

(Előttünk mint tanúk előtt:)

Locul ștampilei (Ph.)

Numele (név):.....

Numele(név):.....

Locul de muncă(munkahely):

Locul de muncă(munkahely):

Dokumentum kód:	TDSZ-F2-ROMÁN	Oldalszám:	2./2
Változat szám:	2.		
Állomány név:	Mindenkinek/Formanyomtatványok/TDSZ-F2-ROMÁN	Érvénybe lép:	2023.05.16.

Pál Heim National Institute of Pediatrics

Formulario de reglas de pago

TDSZ-F2 SPANYOL

Declaración: consentimiento para la divulgación de datos de salud

DECLARACIÓN (kötelezvény)

Yo, abajo firmante, reconozco que (Alulírott, elismerem, hogy)

Nombre(név):		Nacionalidad(állampolgárság):	
Lugar de nacimiento(szüil.hely):		Fecha de nacimiento(szüil.idő):	
Dirección en el extranjero(külföldi lakcím):			
Dirección en Hungría(magyarországi lakcím):			
Teléfono(telefon):		Correo electrónico(e-mail):	
Ingrese el nombre y número de identificación con foto y tarjeta de residencia; adjuntar fotocopias: (Arcképes azonosító igazolvány és lakcímkártya neve, száma beírandó és a fénymásolat csatolandó):			
Titulo legal(jogcím):		<input type="checkbox"/> propioderecho(sajátjogon) <input type="checkbox"/> padre (szülő) <input type="checkbox"/> guardián (gondviselő) <input type="checkbox"/> otro (egyéb).....	

con respecto al tratamiento del siguiente paciente (az alábbi beteg gyógykezelésével kapcsolatban)

Nombre del paciente(ellátott beteg neve):		Nacionalidad(állampolgárság):	
Lugar de nacimiento(szüil.hely):		Fecha de nacimiento(szüil.idő):	
Nombre de la madre(anyja neve):			
Dirección en el extranjero(külföldi lakcím):			
Dirección en Hungría(magyarországi lakcím):			
Lugar de tratamiento (hospitalización, especialista ambulatorio o tratamiento de GP): (Ellátás helye (fekvőbeteg osztály, járóbeteg szakorvosi -, körzeti ellátás):			
Ingrese el nombre y número de identificación con foto y tarjeta de residencia; adjuntar fotocopias: (Arcképes azonosító igazolvány és lakcímkártya neve, száma beírandó és a fénymásolat csatolandó)			
Tiempo/período de tratamiento(ellátás ideje/időtartama):			

No he pagado HUF por tratamiento, atención y otras tarifas al momento de mi alta de la institución. (felmerült..... Ft betegellátási, ápolási és egyéb díjat az intézetből történt távozásig nem egyenlítetttem ki.)

Reconozco la atención al paciente mencionado anteriormente, los honorarios de enfermería u otras deudas contraídas en relación con el tratamiento médico y me comprometo a pagar dentro de máximo 15 días o presentar la tarjeta de Seguro Social del paciente por la duración de la atención.

- por el comprobante de giro postal* que he recibido o
- por transferencia* a la cuenta bancaria del Instituto Nacional de Pediatría de Pál Heim No. MÁK 10023002-00317708-00000000, o en caso de transferencia desde el extranjero*:

IBAN HU52100230020031770800000000, código SWIFT MANEHUHB.

* subrayar el que corresponde

(A gyógykezeléssel kapcsolatban felmerült fenti összegű betegellátási, ápolási díj vagy egyéb tartozást elismerem és kötelezem magam, hogy annak kiegyenlítéséről max. 15 napon belül gondoskodom, vagy bemutatom az ellátás idejére érvényes TAJ kártyáját a betegnek.

- a most átvett átutalási postautalványon* vagy
- átutalással* a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet költségvetési elszámolási MÁK 10023002-00317708-00000000 számú számlájára, külföldről történő fizetés esetén*: IBAN HU52100230020031770800000000, SWIFT kód MANEHUHB befizetem azt.

* a megfelelő aláhúzendő)

Dokumentum kód:	TDSZ-F2-SPANYOL	Oldalszám:	1./2
Változat szám:	2.		
Állomány név:	Mindenkinek/Formanyomtatvány/TDSZ-F2-SPANYOL	Érvénybe lép:	2023.05.16.

Pál Heim National Institute of Pediatrics

Formulario de reglas de pago

TDSZ-F2 SPANYOL

Declaración: consentimiento para la divulgación de datos de salud

Yo, el abajo firmante, (nombre legible), como padre/representante legal del niño, acuerdo que el Instituto Nacional de Pediatría Pál Heim puede enviar los documentos médicos relacionados con la enfermedad y el tratamiento del niño, y los datos personales relacionados conmigo y el niño, a una tercera persona si es necesario para el pago y la recuperación de los honorarios médicos. (Alulírott, (név, olvashatóan), mint a gyermek szülője/ törvényes képviselője nyilatkozom, hogy a gyermek betegségére, kezelésére vonatkozó adatokat tartalmazó betegdokumentációt, valamint a saját és a gyermekem személyes adatait a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet továbbíthatja harmadik félnek, ha ez az ellátás térítési díjának megtérülése érdekében szükséges)

Budapest, mes día
(Budapest,hónap)

..... ..
firma del padre o guardián del paciente extranjero como la persona responsable de los honorarios médicos
(az ápolat külföldi állampolgár szülője, gondviselője, mint díjfizetésre kötelezett aláírása)

**Anexo: Fotocopias de los pasaportes del paciente y de la persona responsable y otros datos del seguro
(Melléklet: A díjfizetésre kötelezett és a beteg útleveleinek, egyéb biztosítási adatainak fénymásolata)**

En nuestra presencia como testigos:
(Előttünk mint tanúk előtt:)

sello (Ph.)

Nombre(név):.....

Nombre(név):.....

Lugar de trabajo(munkahely):

Lugar de trabajo(munkahely):

Dokumentum kód:	TDSZ-F2-SPANYOL	Oldalszám:	2./2
Változat szám:	2.		
Állomány név:	Mindenkinek/Formanyomtatvány/TDSZ-F2-SPANYOL	Érvénybe lép:	2023.05.16.