

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet

Térítési díj szabályzat Formanyomtatványa

TDSZ-F2

**Kötelezvény – belegező nyilatkozat egészségügyi adatok kiadásáról
magyarul**

K Ö T E L E Z V É N Y magyarul

Alulírott, elismerem, hogy

Név:		Állampolgárság:
Születési hely:	Szül. idő:	
Külföldi lakcíme:		
Magyarországi lakcíme:		
Telefon:	E-mail:	
Arcképes azonosító igazolvány és lakcímkártya neve, száma beírandó és a fénymásolat csatolandó:		
Jogcím:	<input type="checkbox"/> saját jogon <input type="checkbox"/> szülő <input type="checkbox"/> gondviselő <input type="checkbox"/> egyéb	

az alábbi beteg gyógykezelésével kapcsolatban

Ellátott beteg neve:		Állampolgárság:
Születési hely:	Szül. idő:	
Anyja neve:		
Külföldi lakcíme:		
Magyarországi lakcíme:		
Ellátás helye (fekvőbeteg osztály, járóbeteg szakorvosi -, körzeti ellátás):		
Arcképes azonosító igazolvány és lakcímkártya neve, száma beírandó és a fénymásolat csatolandó:		
Ellátás ideje/időtartama:		

felmerült..... Ft betegellátási, ápolási és egyéb díjat az intézetből történt távozásig nem egyenlítettem ki.

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

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,hónap

.....
az ápolat külföldi állampolgár szülője, gondviselője, mint díjfizetésre kötelezett aláírása

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

Előttünk mint tanúk előtt:

Ph.

Név:.....

Név:.....

Munkahely:

Munkahely:

Dokumentum kód:	TDSZ-F2	Oldalszám:	1/1
Változat szám:	5.		
Állomány név:	Mindenkinek/Szabályzatok/TDSZ-F2-5	Érvénybe lép:	2019.01.16.