

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet

Térítési díj szabályzat Formanyomtatvány

TDSZ-F2-ANGOL

Declaration of Liability - Consent for Release of Medical Data

Declaration of Liability

I, the undersigned acknowledge that

Alulírott, elismerem, hogy

Name (Név):	Nationality (Állampolgárság):
Place of birth (születési hely):	Date of birth (Szül.idő):
Foreign address (Külföldi lakcíme):	
Hungarian residence (magyarországi lakcíme):	
Phone(Telefon)	Email
Type and number of residence card and certificate of identity with photo: Photocopies must be attached.)Arcképes azonosító igazolvány és lakcímkártya neve, száma beírandó és a fénymásolat csatolandó)	
Entitled to treatment (Please tick)	in their own right. <input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> guardian <input type="checkbox"/> other:
	(saját jogon) (szülő) (gondviselő) (egyéb)

In relation to the medical treatment of the following patient (az alábbi beteg gyógykezelésével kapcsolatban):

Patient's name (Ellátott beteg neve):	Nationality (Állampolgárság):
Place of birth (születési hely):	Date of birth (Szül.idő):
Mother's name (Anyja neve):	
Foreign address (Külföldi lakcíme):	
Hungarian residence (magyarországi lakcíme):	
Place of treatment (Ellátás helye)	
Inpatient ward (fekvőbeteg osztály)	
Outpatient: district or specialist care (járóbeteg szakorvosi -, körzeti ellátás)	
Type and number of residence card and certificate of identity with photo: Photocopies must be attached. (Arcképes azonosító igazolvány és lakcímkártya neve, száma beírandó és a fénymásolat csatolandó)	
Date/duration of treatment (Ellátás ideje/időtartama):	

Until the date of discharge, I have not paid the amount (HUF) charged for hospital care and other cost.

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

I do admit that I am indebted to the Hospital with the above mentioned amount charged for hospital care and other costs and oblige myself to settle that amount within 15 day at most or I will present the patient's health insurance card being valid for the duration of hospital services.

I will pay by *. (*underline the appropriate)

postal check (just received)* or

transferring the fees to the bank account of Heim Pál National Pediatric Institute*. Account number: MÁK 10023002-00317708-00000000. From abroad*: IBAN HU52100230020031770800000000, Swift code: MANEHUHB

(A gyógykezeléssel kapcsolatban felmerült fenti összegű betegellátási, ápolási díj vagy egyéb tartozást elismerem és kötelezem magam, hogy annak kiegyenlítéséről max. 15 napon belül gondoskodom, a most átvett átutalási postautalványon* vagy átutalással az intézet költségvetési elszámolási MÁK 10023002-00317708-00000000 számú számlájára befizetem azt.

* a megfelelő aláhúzendő)

Dokumentum kód:	TDSZ-F2-ANGOL	Oldalszám:	1./2
Változat szám:	4.		
Állomány név:	Mindenkinek/Szabályzatok/TDSZ-F2-ANGOL-4	Érvénybe lép:	2019.02.13.

I, the undersigned,..... (name, legibly) as the child's parent/legal representative give my consent that the Heim Pál National Pediatric Institute may forward all medical records concerning my child's illness and treatment as well as my child's and my own personal details to third parties if this is necessary in order to seek reimbursement for hospital services.

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, on..... (day), of (month), (year)

.....
Signature of the non- resident patient's parent/guardian as fee debtor
(az ápoltt külföldi állampolgár szülője, gondviselője, mint díjfizetésre kötelezett aláírása)

Attachments: Copies of the fee debtor's and the patient's passports and health insurance data

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

Witnesses: (Előttünk mint tanúk előtt):

Name (Név):.....

Name (Név):.....

Workplace (Munkahely):

Workplace (Munkahely):.....

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet	
1089 Budapest, Üllői út 86.	
Iktatási szám:	MÜ - 08 / 2019
Kelet:	2019 FEBR 13.
Mellékletek:	0
Ügyintéző:	<i>[Signature]</i>

Dokumentum kód:	TDSZ-F2-ANGOL	Oldalszám:	2./2
Változat szám:	4.		
Állomány név:	C:/Tanúsítás/Szabályzatok/TDSZ-F2-ANGOL-4	Érvénybe lép:	2019.02.19.