

TÁJÉKOZTATÓ ÉS NYILATKOZAT A TÉRÍTÉSKÖTELES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁST IGÉNYBE VEVŐ BETEGEINK RÉSZÉRE

Alulírott,nyilatkozom arról, hogy a Tolna Megyei Balassa János Kórházban az egészségügyi ellátás kezdetekor nem igazoltam a térítésmentes egészségügyi ellátásra való jogosultságomat.

Megértettem és elfogadom, hogy amennyiben az ellátás befejezéséig nem mutatom be a térítésmentes egészségügyi ellátást igazoló okmányt, úgy térítésköteles szolgáltatást veszek igénybe.

Kellő tájékoztatást kaptam az igénybe vett szolgáltatás díjával és annak befizetési módjával kapcsolatban. Elfogadom, hogy az ellátás díját a mindenkori, érvényben lévő Térítésköteles szolgáltatások díjszabása alapján állapítják meg részemre, és a végleges térítési díj összegét az intézmény pénzügyi osztálya által kiállított számla fogja tartalmazni.

Dátum

Név

Születési dátum

Lakcím

Levelezési cím

Egyéb betegazonosító amennyiben rendelkezésre áll (útlevélszám)

.....

beteg aláírása

.....

orvos aláírása

Jelen nyilatkozatot, a fent nevezett beteg előttem írta alá:

.....

.....

.....

1. tanú (olvasható név, beosztás, aláírás)

.....

2. tanú (olvasható név, beosztás, aláírás)

Jelen dokumentum 2 példányban készült. 1. példány a beteg részére átadásra kerül. A 2. példányt az ellátás során készült dokumentációval együtt kell megőrizni.