

## FELJEGYZÉS

2. számú nyomtatvány

### **Biztosított**

neve: .....  
leánykori név: .....  
szül.hely: ..... és szül. idő: .....  
anyja neve: .....  
lakcím: .....

### **Biztosított helyett:**

### **Hozzá tartozó**

neve: .....  
leánykori név: .....  
szül.hely: ..... és szül. idő: .....  
anyja neve: .....  
lakcím: .....  
hozzátartozói minőség megjelölése: .....

nyilatkozik, hogy a **Tapolcai Kórház Egészségügyi Nonprofit Kft.**

..... szervezeti egységénél a mai nap szakorvosi/szakasszisztensi ellátásban  
részesült.

**Hiányzó TAJ kártyáját (TAJ számát) az ellátást követő 15 napon belül köteles  
személyesen a kórház betegfelvételi irodáján bemutatni, vagy fénymásolatát postán a  
kórház címére megküldeni.**

Tapolca, 20.....év ..... hó ..... nap

Kórház részéről közreműködő személy  
saját kezű aláírása:

.....

Beteg, illetve hozzátartozó  
saját kezű aláírása:

.....

P.H.

**F E L J E G Y Z É S**

2. számú nyomtatvány

Egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező személy ellátásához.

Alulírott.....,  
Szül. Hely:....., Szül. idő:.....,  
Lakóhely: .....  
állampolgárság: .....

A jelen dokumentum aláírásával elismerem, hogy a **Tapolcai Kórház Egészségügyi Nonprofit Kft,**

.....(szervezeti egység neve és címe),

20..... napjától, 20..... napjáig terjedő időben, fekvőbeteg ellátásban részesültem.

20..... napján járó beteg ellátásban részesültem.

Figyelemmel arra, hogy ellátásom ideje alatt - az egészségügyi ellátás igénybevételéhez való jogosultságomat - szükséges nyomtatvánnyal igazolni nem tudtam **Hiányzó TAJ kártya (TAJ szám) (E 111 nyomtatvány, Európai Egészségbiztosítási Kártya, Kártyahelyettesítő nyomtatvány)**, kötelezettséget vállalok arra, hogy az igazolást az ellátás befejezését követő **15 napon belül** a fent nevezett **egészségügyi szolgáltatónak bemutatom, vagy fénymásolatát postán a kórház címére megküldöm.**

Tudomásul veszem, hogy ennek elmulasztása esetén köteles vagyok az ellátásért a szolgáltató által megállapított díjat számla ellenében megfizetni.

Tapolca, 20.....

Aláírás

Alulírott, **Tapolcai Kórház Egészségügyi Nonprofit Kft,**

.....  
(szervezeti egység), igazoljuk, hogy

.....-t a fenti ellátásban részesítettük.

Az elismervényt a beteg előttünk aláírta.

Tapolca, 20.....

Aláírás

Aláírás