

Kötelezettségvállalási nyilatkozat

(Aktív, Krónikus osztályon, -ellátottak részleges térítési díj fizetése esetén)

PÉNZÜGYI OSZTÁLY RÉSZÉRE

A szolgáltatást igénybe vevő neve:Törzsszám:.....

lakcíme :

(Aktív, Krónikus osztályon, -ellátott beteg beutalási rendtől, ellátási rendtől, terápiás rendtől eltérő részleges térítésszám esetén fizetendő díjakat az 1. naptól kezdődően kell elszámolni, a megfelelő jogcím aláhúzendó)

Felvétel időpontja:

Távozás időpontja:

Diagnózis (BNO kód):.....

Elhelyezés..... ágyas szobában.

Részleges térítés alapját képező ellátás időtartama:.....nap.

.....

beteg aláírása

.....

kezelőorvos aláírása

Összes kifizetendő összeg:nap * Ft/nap térítés =Ft

Levonható előleg: (amennyiben a beteg fizetett)Ft

Még fizetendő (elszámolandó):Ft

.....
pénzügyi munkatárs aláírása

Kötelezettségvállalási nyilatkozat

(Aktív, Krónikus osztályon, ambuláns -ellátottak teljes térítési díj fizetése esetén)

PÉNZÜGYI OSZTÁLY RÉSZÉRE

A szolgáltatást igénybe vevő neve: Törzsszám:.....

lakcíme :

(Aktív, Krónikus osztályon, ambuláns -ellátott beteg beutalási rendtől, ellátási rendtől, terápiás rendtől eltérő teljes térítésszám esetén fizetendő díjakat a besorolás és Intézeti „1,5” ill. „5” szorzó szerint kell elszámolni, a megfelelő rész aláhúzendő)

Felvétel időpontja:

Ellátás (ambuláns) időpontja:

Diagnózis (BNO kód):1. típus.....3. típus.....

Elvégzett beavatkozások OENO kódja:.....

Elhelyezés..... ágyas szobában.

Elvégzett (ambuláns) beavatkozások OENO kódja:..... pont:.....

.....pont:.....

.....pont:.....

.....pont:.....

.....pont:.....

.....

beteg aláírása

.....

kezelőorvos aláírása

Összes kifizetendő összeg:Ft

Levonható előleg: (amennyiben a beteg fizetett)Ft

Még fizetendő (elszámolandó):Ft

.....
pénzügyi munkatárs aláírása