# Térítési díj kalkuláció és nyilatkozat a járóbeteg ellátás igénybevétele esetén

Ön és / vagy Hozzátartozója a Semmelweis Egyetem Klinikai Központ (SE KK) Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Klinika/Intézet Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. betegellátó szervezeti egység által nyújtott egészségügyi szolgáltatás igénybevétele előtt, a térítésmentes ellátásra való jogosultságát, a felvétel napján érvényes TAJ számot tartalmazó Hatósági Bizonyítvány, elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás esetében az EU Kártya (kártyahelyettesítő nyomtatvány) bemutatásával vagy más hiteles információforrás (pl. útlevél, korábbi egészségügyi dokumentáció) segítségével nem tudta igazolni.

**Felhívjuk az Ön és/vagy Hozzátartozója szíves figyelmét arra, hogy az ellátott személy ellátás/osztályos felvétel napján érvényes TAJ számot igazoló okmányát/EU kártyáját az ellátást követő 15 napon belül, a fekvőbeteg felvételi irodában, ambuláns ellátás esetén az ambuláns betegfelvételi pultnál be kell mutatni!**

Tájékoztatjuk, hogy az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól  szóló 43/1999.(III.3.) Korm.rend. 4.§ (5) szerint „Abban az esetben, ha az ellátott személy vagy hozzátartozója a TAJ számot igazoló okmányt az ellátást követő 15 napon belül nem mutatja be, az ellátást végző szolgáltató a finanszírozónál kezdeményezi a TAJ szám rendelkezésre bocsátását, az ellátott személy azonosítására szolgáló, rendelkezésre álló adatok (név, születési hely, idő, anyja neve, lakcíme) megküldésével.”

**Tájékoztatjuk, hogy a térítésmentes ellátásra való jogosultság igazolásáig, az Térítési díjszabályzatunkban foglaltaknak megfelelően az ellátás költségeit az egészségügyi szolgáltató Önnek kiszámlázza, melyet az ellátás kezdete előtt Önnek meg kell fizetnie.**

Amennyiben Önnek az ellátás igénybevételekor fennálló egészségügyi szolgáltatásra való jogosultsága hatósági eljárás keretében az ellátást követően megállapításra kerül, az Egészségügyi szolgáltató az **Ön jogviszonya végleges megállapítástól számított 30 napon belül benyújtott kérelmére** a megfizetett térítési díjat visszafizeti (43/1999.(III.3.) Korm.rend. 4.§ (5a).

Amennyiben a tervezett ellátást legkésőbb az ellátásra kapott időpontot megelőző 5. munkanapon bármilyen okból lemondja, az előlegszámla alapján megfizetett összeg 90%-ának visszatérítésére jogosult, melyet az Egészségügyi szolgáltató a lemondást követő 15 munkanapon belül teljesít! Az ellátást megelőző 5 munkanapon belüli bármely okból történő lemondás esetén az előlegszámla alapján megfizetett összeg 50%-ának visszatérítésére jogosult, melyet az Egészségügyi szolgáltató a lemondást követő 15 munkanapon belül teljesít!

Beteg neve: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Leánykori neve: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

Születési helye: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Születési ideje: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. év Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. hó Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. nap

Anyja neve: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Útlevél száma: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

Állampolgársága: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

Lakás címe (belföldi): Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

Lakás címe (külföldi): Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

Személyi ig. száma: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Kezelés, orvosi vizsgálat napja : Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. év Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. hó Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. nap

Biztosító neve Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Kötvényszám: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

Az ellátás Térítési díjszabályzat szerinti térítési díja:

elvégzett orvosi vizsgálat, diagnosztikai vizsgálat(ok) megnevezése és bruttó térítési díja:

Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Ft

Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Ft

Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Ft

Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Ft

Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Ft

esetleges kezelések megnevezése és térítési díja:

Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Ft

Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Ft

Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Ft

Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Ft

Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Ft

Beteg által befizetendő végösszeg: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Ft

Budapest, Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

.................................................... ………………………………………………..

**Ellátási elemeket összeállító kezelőorvos aláírása Szervezeti egység gazdasági / finanszírozási munkatársa**

 (P.H.)

Alulírott, Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. (beteg/hozzátartozó/képviselő neve nyomtatott betűvel) tudomásul vettem, hogy az SE KK Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. Klinikán /Intézetben részemre nyújtott egészségügyi ellátásért felmerülő költségeket meg kell fizetnem és nyilatkozom arra, hogy ezen összeg a rendelkezésemre áll, az ellátás megkezdése előtt, a számla kézhezvételét követően haladéktalanul átutalom a számlán feltüntetett bankszámla számra.

Tudomásul vettem a tervezett ellátás általam bármilyen okból történő lemondása esetén a fenti tájékoztatóban a lemondás esetére leírtakat.

Hozzájárulok továbbá, hogy amennyiben 15 napon belül a térítésmentes ellátásra való jogosultságom igazolására szóló jelen felszólításnak nem teszek eleget, TAJ számomat az Egészségügyi szolgáltató az illetékes kormányhivataltól lekérdezze.

Budapest, Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

 ....................................................

beteg/hozzátartozó/képviselő **aláírása**

A beteg a térítési díjat befizette. A befizetési bizonylat száma: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

Budapest, Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

 .................................................

**Szervezeti egység gazdasági / finanszírozási munkatársa**