

Betegszállítási utalvány

Beteg neve: _____

Született: év: hó: nap:

TAJ szám:

Lakcím: (település) _____ (utca) ____ (hsz.)

Költségviselő: OEP:

A beteg kérésére történő fizetésköteles szállítás:

Egyéb Név: _____ Cím: _____

:

Térítési kategória		
<input type="checkbox"/> magyar biztosítás alapján végzett ellátás	<input type="checkbox"/> egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján magyar eü. ellátásra nem jogosult személyek térítésköteles ellátása	<input type="checkbox"/> befogadott külföldi állampolgár
<input type="checkbox"/> magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása	<input type="checkbox"/> magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása	<input type="checkbox"/> menekült, menedékes státuszt kérelmező
<input type="checkbox"/> államközi szerződés alapján végzett ellátás	<input type="checkbox"/> külföldön élő magyarok közp.-i költségvetésből támogatott ellátása (Segítő Jobb)	<input type="checkbox"/> elszámolásra vonatkozó nemzetközi szerződés/közösségi szabály alapján történő ellátás

A szállítás indoka:		
<input type="checkbox"/> a beteg csak speciális testhelyzetben szállítható	<input type="checkbox"/> mozgásában korlátozott, járóképtelen	<input type="checkbox"/> ellátásának eredményességét a szokványos közlekedési eszközök igénybevételéből eredő késedelem vagy más tényező veszélyeztetné
<input type="checkbox"/> egészségi állapota kizárja a szokványos közlekedési eszközök használatát	<input type="checkbox"/> fertőzésveszély	

Diagnózis: _____ BNO kód:

Honnan szállítandó: _____

Hova szállítandó: _____

Helybiztosítás: nincs van: _____

Sürgősség: 6 órán belül - 24 órán belül - időre kért szállítás

Időre kért szállításnál

a beérkezés időpontja: év: hó: nap: óra: perc:

Teljesítés módja: ülve fekvé egyedileg más beteggel együtt

Kíséret igénye: nem szükséges betegkísérő

Megrendelő orvos bélyegzőszáma:

Szolgáltató neve, OEP kódja: _____

A megrendelés időpontja év hó nap óra perc

megrendelő orvos aláírása és bélyegzője