

# Szentendre Város Egészségügyi Intézményei

2000 Szentendre, Kanonok u. 1.

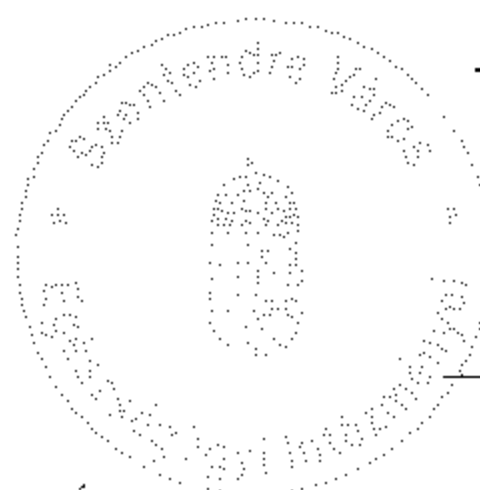
---

## EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZATA


Készítette:

Dr. Pázmány Annamária

Juhász Gábor József



  
intézményvezető

  
gazdasági igazgató

A jelen Térítési Díj Szabályzatot a Szentendre Város Önkormányzat Képviselő-testületének Jóléti Bizottsága 2015. április 13.-án jóváhagyta.

Szentendre, 2015. április 13.

Pintér Ádám s. k.  
bizottsági elnöke

## 1. A SZABÁLYZAT CÉLJA

Az OEP által nem térített egészségügyi ellátás, valamint egyéb egészségügyi szolgáltatások díjainak megállapítása és a díjfizetés szabályozása.

## 2. HIVATKOZÁSOK

- az 1997. ÉVI CLIV törvény az egészségügyről
- az 1997. évi XLVII törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről
- az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
- 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet a fenti Törvény végrehajtásáról
- az 1408/71 EGK sz. rendelet
- 574/72 EGK sz. rendelet a fenti rendelet végrehajtásáról
- a 284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról
- a 35/2013. (II.14.) Korm. rendelet a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1977. (XII. 23.) Korm. rendelet módosításáról
- 434/2013. (XI. 19.) Korm. rendelet a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet módosításáról,
- 520/2013. (XII. 30.) Korm. rendelet egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról,
- A Kormány 40/2014. (II. 24.) Korm. rendelete egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról,
- a 2006. CXV. Törvény egyes, az egészségügyet érintő törvényeknek az egészségügyi reformmal kapcsolatos módosításairól
- a 2008. évi IX. Törvény a 2008. március 9-i országos ügydöntő népszavazáson hozott döntések végrehajtásáról
- a 46/1997. (XII.17.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátásokról
- 1992. évi LXXIX. Törvény a magzati élet védelméről a végrehajtásáról szóló 32/1992. (XII.23.) NM rendelet
- 87/2004. (X.04.) ESzCsM rendelet a Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának egyes szabályairól.

## 3. ALKALMAZÁSI TERÜLET

Jelen Térítési Szabályzatban foglaltak a Szentendre Város Egészségügyi Intézményei (továbbiakban: SZEI) valamennyi betegellátást végző járóbeteg ellátó szakrendelésén, az egynapos sebészetén, a nappali ellátásban továbbá diagnosztikai egységében megjelenő, ellátásra szoruló személyekre érvényesek.

Kivételt képez a betegek sürgősségi ellátása a 1997. évi CLIV törvény 3. § i) pont, 77. §, 78. § (1), 94.§ (2), 125. §, 196. § b) és c) pontjaiban foglaltak alapján.

*Sürgős szükség: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne. A beteg azonnali betegellátásra szorul az alábbi esetekben:*

- Személyi sérüléssel járó baleset, tömeges baleset, katasztrófa esetén
- Ha életveszély, vagy annak gyanúja áll fenn
- Heveny, vagy riasztó tünetekkel járó esetekben, ha az ellátás elmaradása életveszélyhez, maradandó egészségkárosodáshoz, vagy a gyógyulás elhúzódásához vezethet
- Szülészeti esemény során
- Ha az erős fájdalom, vagy egyéb súlyos, heveny tünet (pl. vérzés) csillapítása sürgős orvosi beavatkozást igényel
- Heveny tudatzavar esetén, ideértve az ittasság miatti tudatzavart is
- Veszélyeztető állapot, vagy annak gyanúja esetén

#### 4. A SZABÁLYZAT TARTALMA

A Szabályzat térítési díjat állapít meg mindazon ellátásra szoruló és a SZEI-ben megjelent, magyar egészségügyi biztosítással nem rendelkező beteg részére, akik az itt nyújtott szolgáltatásokat igénybe veszik. A sürgősségi ellátásra szoruló beteg térítési díjat nem fizet.

A magyar biztosítással rendelkező betegeknek is kell térítési díjat fizetni jelen Szabályzat alapján azon egészségügyi szolgáltatások igénybevételéért (irányadó a 284/1997. (XII.23.) Kormányrendelet), amelyeket a társadalombiztosítás nem támogat, továbbá azokért a beavatkozásokért, amelyet a betegek részére, saját kérésükre többlétszolgáltatásként végez az Intézet. A Szabályzat tartalmazza a biztosítható többlétszolgáltatások körét, a befizetés rendjét és a méltányossági kedvezményeket.

A betegellátás térítési díjainak meghatározása az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) teljesítmény szerinti finanszírozási rendszerére épül.

A térítési díjakat 35/2013. (II. 14.) Korm. rendelet jelen Szabályzathoz mellékelt 1. sz. melléklete, valamint a Szabályzat 7. pontja tartalmazza.

##### ***4.1 Magyar egészségügyi biztosítással nem rendelkező betegek ellátásának térítési díja***

A SZEI által a járóbeteg szakellátásban nyújtott szolgáltatásokért a magyar egészségügyi biztosítással nem rendelkező betegeknek a jelen szabályzatban és mellékleteiben meghatározott díjtételeket kell fizetniük. Magyar egészségügyi biztosítással nem rendelkező személynek tekintendők azok, akik olyan országokból érkező betegek, mely országokkal Magyarországnak nincs a betegellátásra vonatkozó államközi egyezménye, vagy ellátásuk nem esik a biztosított szolgáltatások körébe, vagy nem rendelkeznek a szükséges igazolásokkal. A fizetési kötelezettségről és a várható fizetendő összegről a beteget a szolgáltatás nyújtása előtt tájékoztatni kell.

Egyes külföldi állampolgárok sürgősségi, illetve térítésmentes ellátására vonatkozóan az érvényes nemzetközi egyezmények az irányadók. A jogosultságot a betegnek igazolnia kell. Amennyiben az ellátásra szoruló személy (magyar vagy az Európai Unió országokból érkező állampolgár) az ellátás kezdetekor nem tudja igazolni az ellátásra való jogosultságát, fizető betegként kell kezelni, és tájékoztatni kell a várható költségekről (2. számú melléklet).

Az ellátás akkor kezdhető meg, ha az ellátandó személy az ellátási díjat megfizette, illetve ha aláírásával igazoltan vállalja, hogy az ott közölt várható ellátási díj összegének kifizetését 8 napon belül rendezzi.

Külföldi állampolgárok esetében minden esetben meg kell győződni arról, hogy a személy rendelkezik-e érvényes biztosítással, illetve az EU állampolgárai esetében a számukra rendszeresített társadalombiztosítási kártyával. Amennyiben az EU állampolgára biztosítási kártyáját nem tudja bemutatni, a 3. számú mellékletben lévő nyomtatványt (Nyilatkozat EU állampolgár térítésmentes ellátásra jogosultságról) kell részére kiállítani és vele aláíratni.

Alapelv, hogy az ellátásért mindenkinek **az ellátást megelőzően** kell a szolgáltatási díjat megfizetnie. Ha az ellátandó személy nem képes kifizetni az ellátásához szükséges összeget, de érvényes biztosítással rendelkezik, ebben az esetben az ellátásra jelentkező nevét, születési helyét, idejét, lakcímét, megbiztosítója nevét, székhelyét, címét, megbiztosítási igazolványa számát, továbbá útlevelének számát fel kell jegyezni és az ellátásra jelentkezővel kell aláíratni, mellékelni kell a szolgáltatásról szóló számlát, melynek elvégzését az ellátott aláírásával elismert.

A biztosítással nem rendelkező, fizetésektelen személy nem sürgősségi ellátását a SZEI-nek nem áll módjában elvégezni.

#### ***4. 2. Biztosítással rendelkező személyek számára csak teljes térítés ellenében nyújtható szolgáltatások***

**4.2.1.** A 284/1997. (XII.23.) Korm. rendeletben meghatározott térítési díj befizetése ellenében igénybe vehető szolgáltatásokat az 1. számú melléklet tartalmazza.

**4.2.2.** A SZEI az ellátott betegek kérésére köteles kiadni a korábbi ellátással összefüggésben a szakrendeléseken keletkezett dokumentumok másolatát. Abban az esetben, ha az ellátottak az adatszolgáltatásra igényt tartanak, kötelesek a dokumentumok elkészítésének költségét fedező térítési díjat megfizetni.

#### ***4.3. Foglalkozás-egészségügyi alkalmassági vizsgálat***

A foglalkozás-egészségügyi alkalmassági vizsgálat keretében az intézménnyel szerződésben nem álló munkavállalók részére – munkáltatójuk megkeresésére, vagy a személyek önálló kezdeményezésére – az elvégzendő vizsgálatokért a 9/1999.(I.27.) Kormányrendelet alapján térítési díjakat kell alkalmazni, melyeket a szolgáltatást igénybevevő személynek az ellátást megelőzően ki kell fizetnie és a szakrendelés orvosának a fizetésről szóló igazolást be kell mutatnia.

### **5. TÉRÍTÉSI DÍJAK MÉLTÁNYOSSÁGI KEDVEZMÉNYE**

**5.1.** A SZEI által a lakosságnak nyújtott, ellenszolgáltatás ellenében igénybe vehető szolgáltatások, ellátások igénybevétele esetén az intézmény alkalmazottai mentesülnek a díjfizetési kötelezettség alól.

5.2. A beteg kérésére, az ellátó orvos javaslatára, kivételesen indokolt esetben, egyedi elbírálás alapján, méltányosságból az intézményvezető kedvezményt adhat, illetve a díjfizetéstől eltekinthet. Az intézményvezetői engedély megadása írásban történik és az ellátásról szóló számlához kell csatolni.

5.3. A 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet alapján a biztosított a területileg illetékes Megyei Egészségbiztosítási Pénztártól kérheti a teljes, vagy részleges térítési díj elengedését vagy mérséklését.

## 6. A TÉRÍTÉSI DÍJAK BEFIZETÉSÉNEK RENDJE

A jelen Szabályzatban szereplő térítési díjakat az ellátás megkezdése előtt a SZEI Pénztárban, a recepción, illetve az orvosi munkahelyen kell készpénzben megfizetni az ellátási helyen kitöltött Adatlap (4. és 5. számú melléklet) alapján kiállított számla szerint. Kivételt képez ez alól a beteg 3. pont szerinti sürgősségi ellátása.

Magyarországi biztosítással nem rendelkező külföldi állampolgár – amennyiben nem mutatja be, vagy nem rendelkezik Európai Uniós biztosítási kártyával – köteles az első orvosi vizsgálat díját (3.750.- Ft-ot) a Pénztárban, a recepciónál, illetve – a recepcióval nem rendelkező szakrendelések esetében - az ellátást végző orvosnál a *vizsgálat megkezdése előtt* befizetni. A befizetést igazoló dokumentumot a vizsgálatot végző orvos/asszisztens tartozik ellenőrizni, annak *hiányában a vizsgálat nem kezdhető meg*. Amennyiben további beavatkozások indokoltak a páciensnél (diagnosztika, konzílium, egyéb), azok megkezdése előtt jelen pont első bekezdésében foglalt eljárást kell követni.

## 7. A JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS ÉS DIAGNOSZTIKAI SZOLGÁLTATÁSOK DIJTÉTELEI:

A jelen Szabályzat 4. pontja értelmében, az általánosságban igénybe vett járóbeteg szakellátás és a diagnosztikai szolgáltatások díjtételei az OEP által meghatározott úgynevezett német pont teljesítményérték alapján kerülnek megállapításra. A díjtétel számításának alapját az egy pontra jutó forintérték határozza meg.

Általános szolgáltatási díj értéke német pontonként, 1 pont:	5,- Ft
7.1. Diétás tanácsadás díja:	1.300,- Ft
7.2. Gravitációs pad	
- első kezelés	1.500,- Ft
- további kezelések	900,- Ft
7.3. Intraorális röntgen felvétel	700,- Ft
7.4. Panoráma röntgen felvétel	2.500,- Ft
7.5. Röntgen felvétel CD-re másolása	700,-Ft/CD
7.6. Műtétek az egynapos sebészetben:	
- a beavatkozásra az OEP által megállapított súlyszám szorzata (2,5x) a forintértékkel (2,5 x 150 eFt)	375.000,-Ft/súlyszám

- 7.7. Egészségügyi dokumentum másolása, oldalanként 300,- Ft
- 7.8. A 35/2013. (II.14.) Korm. rendelettel módosított 284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet 1. sz. melléklete tartalmazza az összes egyéb térítési díjat. A melléklet jelen Szabályzat 1. sz. mellékletében található.
- 7.9. Orvosi kollagén, egy ampulla 4.000.-Ft

## 8. HATÁLYBALÉPÉS, KIFÜGGESZTÉS

8.1. A jelen Szabályzat a Szentendre Város Önkormányzata Jóléti Bizottságának jóváhagyását követően lép hatályba.

8.2. A jelen Szabályzatot a fenntartó általi jóváhagyás után a 284/1997. Korm. rendelet értelmében – a Szentendre Egészségügyi Intézményei területén, a betegek által is látható helyen ki kell függeszteni.

Szentendre, 2015. április 13.



  
Dr. Pázmány Annamária  
intézményvezető



Szentendrei Közös Önkormányzati Hivatal

Szentendre, Városház tér 3.  
2000

Összeállította: Önkormányzati és Szervezési Iroda

## KIVONAT

a Jóléti Bizottság

2015. április 13-án tartott ülésének jegyzőkönyvéből

**Tárgy:** Előterjesztés az Egészségügyi Szolgáltatások Térítési Díj Szabályzatának módosításáról

**Szentendre Város Önkormányzat Képviselő-testülete Jóléti Bizottságának  
48/2015. (IV.13.) JB sz. határozata**

Szentendre Város Önkormányzat Képviselő-testületének Jóléti Bizottsága Szentendre Város Önkormányzat Szervezeti és Működési Szabályzatáról szóló 27/2008. (IX.10.) Önk. sz. rendelet 2/d. sz. melléklet a Képviselő-testület által a bizottságra átruházott hatáskörök 8. pontja alapján elfogadja az Egészségügyi Szolgáltatások Térítési Díj Szabályzatát a határozat melléklete szerinti tartalommal.

**Felelős:** Polgármester

**Határidő:** azonnal

K.m.f.

**Pintér Ádám**  
elnök s.k.

**Kapja:**

1. Jegyző
2. Polgármester
3. Önkormányzati és Szervezési Iroda – Irattár
4. Szentendre Város Egészségügyi Intézményei – intézkedésre

A kivonat hitelétül:

Szentendre, 2015. április 14.

Veress Sára  
Szervezési ügyintéző

## 1. számú melléklet

## „A 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet 2. számú melléklete

	A	B
1.	Lőfegyvert munkakörükből eredően tartani szándékozó, illetve tartó személyek (I. csoport) lőfegyvertartásra való egészségi alkalmasságának pszichológiai vizsgálata	
	a) első fokon	7 200 Ft
	b) másodfokon	12 000 Ft
2.	Lőfegyvert tartani szándékozó, illetve tartó személyek (II. csoport) lőfegyvertartásra való	
	A) orvosi alkalmassági vizsgálat	
	a) ha a 40. életévét még nem töltötte be:	
	aa) első fokon	7 200 Ft
	ab) másodfokon	10 800 Ft
	b) ha a 40. életévét betöltötte, de a 60. életévét még nem érte el:	
	ba) első fokon	4 800 Ft
	bb) másodfokon	7 200 Ft
	c) ha a 60. életévét betöltötte, de a 70. életévét még nem érte el:	
	ca) első fokon	2 500 Ft
	cb) másodfokon	4 800 Ft
	d) ha a 70. életévét betöltötte:	
	da) első fokon	1 700 Ft
	db) másodfokon	3 200 Ft
	B) pszichológiai alkalmassági vizsgálat	
	a) első fokon	7 200 Ft
	b) másodfokon	12 000 Ft
3.	Gépjármű-vezetői, belvízi hajózási szolgálati és belvízi kedvtelési célú vízijármű-vezetői alkalmassági vizsgálat	
	a) ha 40. életévét még nem töltötte be:	
	aa) első fokon	7 200 Ft
	ab) másodfokon	10 800 Ft
	b) ha 40. életévét betöltötte, de a 60. életévét még nem érte el:	
	ba) első fokon	4 800 Ft
	bb) másodfokon	7 200 Ft
	c) ha a 60. életévét betöltötte, de a 70. életévét nem érte el:	



	ca)	első fokon	2 500 Ft
	cb)	másodfokon	4 800 Ft
	<b>d) ha a 70. életévét betöltötte:</b>		
	da)	első fokon	1 700 Ft
	db)	másodfokon	3 200 Ft
4.	Alkohol szintjének kimutatása érdekében végzett vér- és vizeletvételek		4 800 Ft
5.	Kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett		
	a)	vérvétel	3 200 Ft
	b)	vizeletvételek	1 600 Ft
6.	Láttelek készítése és kiadása		3 500 Ft
7.	Részeg személy detoxikálása		7 200 Ft
8.	Kábítószer hatása alatt álló személy akut ellátása		7 200 Ft
9.	Tengeri hajózási egészségügyi alkalmassági vizsgálat		
	a) tengeri hajózási szolgálatot teljesítő személy alkalmassági vizsgálata		
	aa)	az egészségügyi alkalmasság első vizsgálata	19 200 Ft
	ab)	az egészségügyi alkalmasság időszakos vagy soron kívüli vizsgálata	15 600 Ft
	b) I. és II. osztályú tengeri kedvtelési célú tengeri vízijármű-vezetők alkalmassági vizsgálata		
	ba)	az egészségügyi alkalmasság első vizsgálata	12 000 Ft
	bb)	az egészségügyi alkalmasság időszakos vagy soron kívüli vizsgálata	9 700 Ft
	c) III. és IV. osztályú tengeri kedvtelési célú tengeri vízijármű-vezetők alkalmassági vizsgálata		
	ca)	az egészségügyi alkalmasság első vizsgálata	9 700 Ft
	cb)	az egészségügyi alkalmasság időszakos vagy soron kívüli vizsgálata	7 200 Ft
10.	Igazságügyi szakértői tevékenység kivételével jogszabály által elrendelt vagy egyéb háziiorvosi, orvosszakértői vizsgálatok és szakvéleményezés, kivéve, ha a vizsgálatra és szakvéleményezésre társadalombiztosítási vagy szociális juttatásra, kedvezményre való jogosultság megállapítása céljából kerül sor		7 200 Ft
11.	Hivatásos sportolók sportegészségügyi vizsgálata		9 700 Ft
12.	Hivatásos sportolók további sportegészségügyi szakvizsgálata		Az adott ellátásnak a közfinanszírozásban érvényesíthető díja
13.	Repülő-egészségügyi alkalmassági vizsgálat		
	a) 1. egészségügyi osztály		
	aa)	első, illetve kibővített (terheléses EKG, teljes körű szemészeti vagy teljes körű fül-orr-gégészeti vizsgálatra is kiterjedő)	28 700 Ft

		jedő) vizsgálat	
	ab)	időszakos vizsgálat	16 100 Ft
	b) 2. egészségügyi osztály		
	ba)	első, illetve kibővített (terheléses EKG vizsgálatra is kiterjedő) vizsgálat	13 800 Ft
	bb)	időszakos vizsgálat	9 200 Ft
	c) 3. egészségügyi osztály		
	ca)	első, illetve kibővített (terheléses EKG, teljes körű szemészeti vagy teljes körű fül-orr-gégészeti vizsgálatra is kiterjedő) vizsgálat	28 700 Ft
	cb)	időszakos vizsgálat	16 100 Ft
14.	Az a mellkas-szűrővizsgálat (tüdőszűrés), melynek igénybevételére nem az egészségügyi hatóság által a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló miniszteri rendelet szerint kötelezően elrendelt szűrővizsgálat keretében, vagy nem a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló miniszteri rendelet szerinti korhoz kötött szűrővizsgálat keretében, vagy nem jogszabály által előírt, a szakképzésről szóló 2011. évi CLXXXVII. törvény 4. § (1) bekezdés a)-b) pontja szerinti szakképzési intézményekben és felsőoktatási intézményben oktatásban részesülők szakmai alkalmassági vizsgálatai keretében kerül sor.		1 700 Ft
15.	A foglalkoztathatóság szakvéleményezése		
	a)	közfoglalkoztatási jogviszonyhoz szükséges szakvélemény esetén	1 900 Ft/fő/eset
	b)	<b>a büntetésként kiszabott közérdekű munka végrehajtásához szükséges szakvélemény esetén</b>	<b>1 900 Ft/fő/eset</b>
	c)	az a) és a b) pontban nem említett esetben	3 300 Ft/fő/eset
16.	Járványügyi érdekből nem kötelező védőoltással történő immunizálás, kivéve a) a térítésmentes védőoltással történő immunizálást és b) - az a) pont hatálya alá nem tartozó körben is - a pneumococcus és az influenza megbetegedés elleni immunizálást		2 000 Ft

**FELVILÁGOSÍTÁS**  
(az ellátás várható költségeiről)

Beteg neve:.....

Születési idő: ..... év..... hó..... nap

Állampolgárság:.....

Lakcím: .....

Dokumentum: (útlevel, személyi igazolvány, jogosítvány, biztosítási kártya) .....

Tisztelt Betegünk!

A magyarországi biztosítással nem rendelkező, illetve biztosított, de a társadalombiztosítás által nem térített vizsgálatot igénybe vevő személy, továbbá államközi szerződéssel nem rendelkező ország állampolgára ellátásának költsége az érintett beteget, illetve annak biztosítóját terheli. A költség meghatározása a SZEI érvényben lévő „Egészségügyi szolgáltatások térítési díj szabályzatában foglaltak” alapján történik.

Ennek megfelelően az Ön kezelésének várható költsége: .....HUF

Köszönjük, hogy Intézményünket megtisztelte bizalmával!

Szentendre, 20....év.....hó.....nap

.....  
felvilágosító orvos aláírása

P.H.

A fentieket tudomásul vettem, a felajánlott kezelést elfogadom, az ellátásom során felmerülő költségek megfizetését vállalom.

.....  
beteg aláírása

Kitöltendő 2 példányban

- 1. példány a beteg által ismert nyelven, a beteg példánya
- 2. példány magyarul, a betegdokumentáció része

**INFORMATION**

(on the estimated costs of the medical services)

Patient's name: .....  
Date of birth:.....day.....month.....year  
Citizenship: .....  
Address: .....  
Document: (passport, identity card, driving licence, insurance card).....

Dear Patient,

The costs of medical services provided to patients having no insurance in Hungary or an inter-state contract shall be borne by the patient or the patient's insurance company. The cost is calculated in accordance with the provisions of the Regulations on Payment for Health Services.

In accordance with the above the estimated cost of the medical services to be provided to You is HUF.....

Thank You for your confidence in our hospital!

Dated at Szentendre, .... (day)... (month)... ..(year)

.....  
signature of the physician  
providing the information

L.S.

I acknowledge the above, I accept the offered treatment, I undertake to bear the costs to be incurred in the course of the services to be provided to me.

.....  
signature of the patient

To be completed in 2 copies

- a copy to the patient, in the language known by the patient
- a copy in Hungarian for the patient documentation

**AUSKUNFT**  
(über die voraussichtlichen Kosten der Versorgung)

der Ordnung über die Erstattungskosten für die  
Leistungen des Gesundheitswesens

Name des Patienten/der Patientin: .....

Geburtsdatum (Tag, Monat und Jahr): .....

Staatsangehörigkeit: .....

Dokument (Reisepass, Personalausweis, Führerschein, Versicherungskarte): .....

Werter Patient!/Werte Patientin!

Die Kosten für die Versorgung von in Ungarn über keine Versicherung oder keinen zwischenstaatlichen Vertrag verfügenden Patienten gehen zu Lasten des betroffenen Patienten bzw. seiner Versicherung. Die Festlegung der Kosten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des Krankenhauses in der gültigen "Ordnung über die Erstattungskosten für die Leistungen des Gesundheitswesens".

Dementsprechend betragen die voraussichtlichen Kosten für Ihre Behandlung: .....HUF

Vielen Dank dafür, dass Sie unser Krankenhaus mit Ihrem Vertrauen beehrt haben!

Szentendre,.....

Unterschrift des die Auskünfte erteilenden Arztes

Stempelabdruck

Ich nehme die obigen Auskünfte zur Kenntnis und akzeptiere die angebotene Behandlung, weiterhin verpflichte ich mich zur Bezahlung der im Laufe meiner Versorgung aufkommenden Kosten.

.....  
Unterschrift des Patienten/der Patientin

Auszufüllen in 2 Exemplaren

- 1. Exemplar in der von dem Patienten/der Patientin gesprochenen Sprache, Exemplar des Patienten/der Patientin
- 2. Exemplar in Ungarisch als Teil der Patientenunterlagen

**NYILATKOZAT EU ÁLLAMPOLGÁR  
TÉRÍTÉSMENTES ELLÁTÁSRA JOGOSULTSÁGÁRÓL**

Alulírott Európai Unió állampolgár elismerem, hogy a Szentendre Város Egészségügyi Intézményei.....szakrendelésén kapott kezelést térítésmentesen vettem igénybe. A kezelés megkezdésekor és annak teljes időtartama alatt a térítésmentes egészségügyi ellátásra való jogosultságot nem tudtam igazolni. Ezért jelen nyilatkozzatommal kötelezem magam arra, hogy 15 (tizenöt) naptári napon belül a térítésmentes ellátáshoz szükséges nyomtatványt, illetve biztosítási kártyát kitöltve fax útján és ajánlott levélben is eljuttatom a Szentendre Város Egészségügyi Intézményei / 2000 Szentendre, Kanonok u. 1. Fax: 003626-312-287/ részére. Ugyanakkor tudomásul veszem, hogy a vállalt határidő lejárta után a kezelést nyújtó intézmény a költségek jogi úton történő behajtását kezdeményezi és az eljárás költségeit is rám terheli.

**BETEGADATOK**

Vezetéknév:.....

Utónév(1):.....

Utónév(2):.....

Lakcím:.....

Ország:.....

Város:.....

Utca, házszám:.....

**BIZTOSÍTÁSI ADATOK**

Költségviselő:.....

Költségviselő címe:.....

Biztosítás kezdete:.....

Biztosítási ügyintéző elérhetősége:.....

Kelt, Szentendre, 20...év.....hó.....nap

Jelen okirat tartalmát az általam beszélt nyelven megismertem és megértettem. Az abban foglaltakért teljes mértékben felelősséget vállalok.

.....  
beteg aláírása

Mellékletek: útlevel másolat, személyi igazolvány másolat, jogosítvány másolat (megfelelő rész aláhúzendó)

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. tanú.....

2. tanú.....

.....

.....

(név, lakcím)

(név, lakcím)

**DECLARATION BY EU CITIZEN  
ON ELIGIBILITY TO FREE MEDICAL SERVICES**

I, the undersigned citizen of the European Union, hereby acknowledge that free treatment was provided to me at the Unit of ..... of Szentendre Outpatient Clinic. Neither at the beginning of, nor during, the treatment could I certify my eligibility to free medical services. Therefore, by this declaration, I undertake to send the form required for eligibility to free services or the completed insurance card through fax and by registered mail to the Unit ..... of Szentendre Polyclinic, at which the services had been provided to me (Fax: 36/26 312-287, H-2000, Szentendre, Kanonok u. 1.) within fifteen (15) calendar days. At the same time I acknowledge that after the specified deadline expires the ward/unit providing the services will institute an action for the collection of the costs by legal means and that the costs of the procedure will be charged on me.

**PATIENT INFORMATION**

Family name:.....  
 First name: .....  
 Middle name: .....  
 Address: .....  
 Country: .....  
 City/Town: .....  
 Street/House number: .....

**INSURANCE INFORMATION**

Bearer of costs: .....  
 Address of the bearer of costs: .....  
 Insurance valid from: .....  
 Contact data of the insurance administrator: .....

Dated at Szentendre, .... (day).....(month).....(year)

I have been informed of, and understood, the content of this document in the language I speak. I undertake full liability for its content.

.....  
 patient's signature

Enclosures: a copy of the passport, a copy of the identity card, a copy of the driving licence (to be underlined as applicable)

Before us as witnesses:

Witness 1:  
 .....  
 (name, address)

Witness 2:  
 .....  
 (name, address)

## ÜBER DIE BERECHTIGUNG ZUR KOSTENLOSEN VERSORGUNG EINES STAATSANGEHÖRIGEN DER EU

Ich, unterzeichneter Staatsangehöriger der Europäischen Union, erkenne an, dass ich die auf der Einheit ..... des Fachärztlichen Instituts Szentendre, erhaltene Behandlung kostenlos in Anspruch genommen habe. Ich konnte bei Beginn der Behandlung und während ihrer ganzen Dauer die Berechtigung zur kostenlosen Versorgung durch das Gesundheitswesen nicht nachweisen. Deshalb verpflichte ich mich mit der vorliegenden Erklärung, dass ich innerhalb von 15 (fünfzehn) Tagen das zur kostenlosen Versorgung erforderliche Formular bzw. die Versicherungskarte ausgefüllt per Fax und auch im Einschreiben der die Versorgung leistenden Einheit ..... des Fachärztlichen Instituts Szentendre (Fax: 36/26 312-287, H-2000, Szentendre, Kanonok u.l.) zukommen lasse.

Gleichzeitig nehme ich zur Kenntnis, dass die Institut von der ich behandelt wurde, nach Ablauf der übernommenen Frist das Eintreiben der Kosten auf dem Rechtsweg in die Wege leitet und auch die Kosten des Verfahrens mir zu Lasten legt.

### ANGABEN ZUM PATIENTEN/ZU DER PATIENTIN:

Familiennamen: .....

Vorname (1): .....

Vorname (2): .....

Wohnanschrift: .....

Land: .....

Stadt: .....

Straße und Hausnummer: .....

### ANGABEN ZUR VERSICHERUNG:

Kostenträger: .....

Anschrift des Kostenträgers: .....

Beginn der Versicherung: .....

Erreichbarkeit der Kontaktperson der Versicherung: .....

Szentendre, den 200.....

Den Inhalt des vorliegenden Schriftstücks habe ich in der von mir gesprochenen Sprache kennengelernt und verstanden. Für dessen Angaben hafte ich in vollem Umfang.

Unterschrift des Patienten/der Patientin

Anlagen: Kopie des Reisepasses, Kopie des Personalausweises, Kopie des Führerscheins (der entsprechende Teil ist zu unterstreichen)

Vor uns als Zeugen:

1. Zeuge: .....

(Name und Wohnanschrift)

2. Zeuge: .....

(Name und Wohnanschrift)



**A D A T L A P**  
**FIZETŐ JÁRÓBETEGEK ELLÁTÁSÁRÓL SZÁMLA KÉSZÍTÉSÉHEZ**

A beteg adatai:

Vezetéknév:.....

Keresztnév:.....

Születési idő: ..... év.....hó.....nap

Személyi igazolvány/útleveél szám:.....

Állampolgárság:.....

Lakcím: .....

A beteget ellátó rendelés és kódja:.....

Ellátás ideje: ..... év.....hó.....nap

Elvégzett tevékenység (a diagnosztikai vizsgálatok is felsorolandók):

OENO (WHO) Kódja	Neve	Pontszám értéke

Elvégzett tevékenységek összpontszáma: .....x 5,-Ft.....=

= járóbeteg ellátásért fizetendő összeg: ..... Ft

Fix összegű ellátás megnevezése: .....

Fix összegű ellátás díja: ..... Ft

Kezelést végző orvos neve:.....

Megjegyzés: .....

.....

.....

Szentendre, 20....év.....hó.....nap

.....

kezelőorvos aláírása

P.H.

**A D A T L A P**  
**FIZETŐ EGYNAPOS SEBÉSZETI BEAVATKOZÁSOK ELLÁTÁSÁRÓL, SZÁMLA**  
**KÉSZÍTÉSÉHEZ**

A beteg adatai:

Vezetéknév:.....

Keresztnév:.....

Születési idő:..... év.....hó.....nap

Személyi igazolvány/útleveél szám:.....

Állampolgárság:.....

Lakcím: .....

A beteget ellátó rendelés és kódja:.....

Ellátás ideje:..... év.....hó.....nap

Elvégzett tevékenység (a diagnosztikai vizsgálatok is felsorolandók):

OENO (WHO) Kódja	Neve	súlyszám értéke

Elvégzett tevékenységek összes súlyszáma:.....x 2,5,-Ft.....=

= egynapos sebészeti ellátásért fizetendő összeg:..... Ft

Fix összegű ellátás megnevezése: .....

Fix összegű ellátás díja: ..... Ft

Kezelést végző orvos neve:.....

Megjegyzés: .....

.....

.....

Szentendre, 20....év.....hó.....nap

.....  
kezelőorvos aláírása

P.H.