Mezőtúri Kórház és Rendelőintézet
5400 Mezőtúr, Kossuth út 9-11.
Tel.: +36-56-550-444 Fax: +36-56-550-477
e-mail: gazdasagiigazgato@mezoturikorhaz.hu

Ikt.sz.: IG/463 / 17 / 2026.

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT

Készítette:

Cseh Anikó
koordinációs vezető

Ellenőrizte:

Agócs Attila
gazdasági igazgató

A kiadást elrendelte:

Dr. Tóth Katalin
főigazgató
Mezőtúri Kórház és Rendelőintézet

Jóváhagyta:

Piroska Miklós
főigazgató
JNSZ Vármegyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet
irányító vármegyei intézmény

2026 SZEPT 01.

Jóváhagyás napja: Szolnok, 2026. ....

Ezen dokumentum hatálybalépésével a 5. kiadás (2026.06.19.) hatályát veszti.

TARTALOMJEGYZÉK

I. ÁLTALÁNOS SZABÁLYOK 3

1. A SZABÁLYZAT HATÁLYA 3
2. AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS SZOLGÁLTATÁSAIRA JOGOSULTAK KÖRE, A JOGOSULTÁG IGAZOLÁSA 3
2.1. A biztosítottak és a kizárólag egészségügyi ellátásra jogosultak 3
2.1.1. Biztosított fogalma 3
2.1.2. TAJ kártya 4
2.1.3. Jogviszony ellenőrzés 4
2.1.4. Elszámolási nyilatkozat 6
2.2. Az EGT állampolgárai 7
2.3. Területi elven nyugvó szociálpolitikai, egészségügyi együttműködési egyezmények 8
2.4. Egyéb országok állampolgárai: 9
2.5. Határon átnyúló ellátás a 2011/24/EU Irányelv alapján- tervezett ellátás 9

II. TÉRÍTÉSI DÍJAK 10

1. TÉRÍTÉSKÖTELES SZOLGÁLTATÁSOK ÉS BETEGTÁJÉKOZTATÁS 10
2. TÉRÍTÉSI DÍJAK 11
2.1. A biztosítással nem rendelkező betegek ellátásának térítési díjai 11
2.1.1. Fekvőbeteg szakellátás térítési díja 11
2.1.2. Járóbeteg szakellátás és diagnosztikai ellátás térítési díja 12
2.2. A biztosítással rendelkező betegek ellátásának térítési díjai 12
2.2.1. Biztosított számára is csak teljes térítés ellenében nyújtható szolgáltatások 12
2.2.2. Biztosítottaknak részleges, illetve kiegészítő térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatások 13
2.3. Emeltszintű egészségügyi szolgáltatás 14
2.4. Térítési díjak mérséklése, elengedése, részletfizetés 14
3. A TÉRÍTÉSI DÍJAK MEGFIZETÉSÉNEK RENDJE 15
3.1. Nyilvánosságra hozatal 15
3.2. Tájékoztatási kötelezettség 15
3.3. Fizetés rendje 16

III. JOGSZABÁLYI HIVATKOZÁSOK 17

IV. Mellékletek, adatlapok jegyzéke 19

A térítési díj ellenében igénybe vehető, egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII. 23.) kormányrendelet 1. § (6) bekezdésében adott felhatalmazás alapján a **Mezőtúri Kórház és Rendelőintézet** (a továbbiakban Kórház) az alábbi szabályzatban (a továbbiakban Szabályzat) állapítja meg az általa nyújtott térítésköteles egészségügyi szolgáltatások körét és a térítési díj fizetésére kötelezett személyek körét, térítési díjakat, a térítési díj befizetésével kapcsolatos eljárást, a méltányossági kedvezményeket és a közzététel módját.

I. ÁLTALÁNOS SZABÁLYOK

1. A SZABÁLYZAT HATÁLYA

Jelen Szabályzatban foglaltakat kell alkalmazni a Mezőtúri Kórház és Rendelőintézet székhelyén megvalósuló valamennyi egészségügyi ellátás során.

A Szabályzat hatálya kiterjed a Kórházzal egészségügyi szolgálati jogviszonyban, vagy bármely, az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvényben meghatározott munkavégzésre irányuló jogviszonyban álló munkavállalóra, valamint a Kórház egészségügyi szolgáltatásait igénybevevő betegekre, illetve ellátottakra.

2. AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS SZOLGÁLTATÁSAIRA JOGOSULTAK KÖRE, A JOGOSULTSÁG IGAZOLÁSA

A magyar egészségbiztosítás szolgáltatásaira jogosultak a magyar társadalombiztosítási jogszabályok alapján biztosítottnak, illetve kizárólag egészségügyi szolgáltatásra jogosultnak minősülők, valamint az EGT tagállamaiból, Svájcból és egészségügyi szolgáltatásra kiterjedő nemzetközi egyezmények hatálya alá tartozó államokból érkező állampolgárok.

2.1. A biztosítottak és a kizárólag egészségügyi ellátásra jogosultak

2.1.1. Biztosított fogalma

Biztosított az, aki a társadalombiztosításról szóló 2019. évi CXXII. törvény (Tbj.) 6. §-ában meghatározott jogviszonyban áll, annak kezdetétől a megszűnéséig. Az egészségbiztosítás ellátásait nem lehet igénybe venni, ha a biztosítási jogviszony a Tbj. 16. §-ában meghatározott esetekben szünetel.
A Tbj. 22. §-ban meghatározott nem biztosított személyek a biztosítottal azonos egészségbiztosítási szolgáltatásokra szereznek jogosultságot a társadalmi szolidaritás alapján.
Az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére való jogosultság a biztosítási jogviszonynak, illetve a Tbj. 22. §-ban meghatározott jogosultsági feltételeknek a megszűnését követően további 45 napig fennmarad.
Ha a biztosítási jogviszonynak vagy a Tbj. 22. §-a szerinti jogosultsági feltételek fennállásának az időtartama 45 napnál rövidebb volt, akkor a megszűnést követően az

egészségügyi szolgáltatás igénybevételére való jogosultság ezen időtartammal hosszabbodik meg.
Megjegyzés: 45 napig áll fenn az egészségügyi szolgáltatásra jogosultság akkor is, ha a biztosítási jogviszonynak vagy a Tbj. 22. §-a szerinti jogosultsági feltételek fennállásának az időtartama 45 napnál rövidebb volt ugyan, de az ezt megelőző jogosultsági feltétel 45 napnál hosszabb idejű volt és a két jogosultsági feltétel fennállása között 30 napnál kevesebb nap telt el.

2.1.2. TAJ kártya

A biztosított (Tbj. 6.§) és a kizárólag egészségügyi ellátásra jogosult (Tbj. 22.§) személyek (továbbiakban: biztosított) az egészségügyi szolgáltatás igénybevételéhez, a szolgáltatás igénybevétele előtt a TAJ számát igazoló okmányt (TAJ kártya) minden alkalommal köteles bemutatni. A TAJ kártya fénymásolata, továbbá bizonytalanul olvasható, vagy javított dokumentum nem fogadható el. A TAJ kártya kizárólag az abban feltüntetett személy érvényes biztosítását igazolja (személyi igazolvánnyal együtt érvényes), tehát más személy meglévő biztosításának igazolására nem használható fel.

Amennyiben a TAJ kártyát a beteg nem hozta magával, térítésmentesen ellátható, de az ellátottnak vagy hozzátartozójának 15 napon belül be kell mutatnia. Ezt a tényt a beteg dokumentációjában rögzíteni kell, ezért a betegnek a TAJ kártyára vonatkozó bemutatási kötelezettségét az A01. sz adatlapon aláírásával el kell ismernie. Abban az esetben, ha az ellátott személy vagy a hozzátartozója a TAJ-számot igazoló okmányt az ellátást követő 15 napon belül nem mutatja be, a Kórház a finanszírozónál kezdeményezi a TAJ-szám rendelkezésre bocsátását az ellátott személy azonosítására szolgáló, rendelkezésre álló adatok (név, születési hely, idő, anyja neve, lakcíme) megküldésével. A finanszírozótól megkapott TAJ-számon történik meg a teljesítmény jelentése. Amennyiben a beteg nem rendelkezik, érvényes TAJ számmal vagy azt a finanszírozó a fenti eljárásban nem küldi meg a Kórház részére, akkor az ellátott személy részére az elvégzett szolgáltatásokról számlát állít ki a Pénzügy.

2.1.3. Jogviszony ellenőrzés

A Kórház - a mentést, betegszállítást, védőnői szolgáltatást, a beteg közvetlen jelenlétét nem igénylő diagnosztikai és kórszövettani vizsgálatot és boncolást valamint otthoni szakápolást kivéve - a TAJ kártya bemutatását követően, az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét megelőzően a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) nyilvántartásában ellenőrzi, hogy az illető személy a nyilvántartásban az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultként szerepel-e.

Az ellenőrzésnek főszabály szerint az ellátás nyújtása előtt kell megtörténnie, ha azonban a beteg állapota az ellátás azonnali megkezdését indokolja, a jogviszony-ellenőrzés közvetlenül a szolgáltatás igénybevételét követően, fekvőbeteg-szakellátás esetén legkésőbb az annak kezdetét követő első munkanapon kell elvégezni.

A jogviszony-ellenőrzés során a NEAK informatikai rendszere az alábbi jelzéseket adhatja az egészségügyi szolgáltatónak a beteg jogviszonyával összefüggésben:

- „ZÖLD lámpa" - TAJ érvényes, jogviszonya rendezett,
- „PIROS lámpa" - TAJ érvényes, jogviszonya rendezetlen;

A jogviszony rendezetlensége esetén az egészségügyi szolgáltató nem tagadhatja meg az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott ellátás nyújtását és nem térítthetti meg a beteggel az ellátás költségét sem. A szolgáltató köteles a NEAK honlapjáról letöltött értesítő átadásával tájékoztatást adni a betegnek a jogviszony rendezetlenségéről.

- „KÉK lámpa" - Külföldön biztosított, a TAJ átmenetileg érvénytelen;

A TAJ átmenetileg érvénytelenítésre került, mert azt jelentették be az egészségbiztosítóhoz, hogy külföldön létesített biztosítási jogviszonyt.

A „Kék lámpa" jelzés mellett az egészségbiztosítás keretében nyújtott ellátás TAJ kártyával nem vehető igénybe. Az ellátások igénybevételére Magyarországon a külföldi biztosító által kiállított EU kártyával, vagy azzal egyenértékű formanyomtatvánnyal van lehetőség. A TAJ akkor lesz újra érvényes, ha a külföldi biztosítási jogviszony megszűnt, és azt be is jelentették az egészségbiztosítóhoz.

- „BARNA lámpa" - TAJ egyéb okból érvénytelen

Az egészségügyi szolgáltatások csak térítés mellett vehetők igénybe. A jogszabály különbséget tesz az egyéb okból érvénytelen barna lámpa (pl. külföldre telepedett) és a NAV járuléktartozás miatt barna lámpaszínek között.

NAV járuléktartozás miatt érvénytelen TAJ számú beteg ellátásakor:

- sürgősségi ellátás esetén: a miniszteri rendelet alapján az az összeg kerül a betegnek számlázásra, melyet a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató érvényes TAJ szám esetén kapott volna a NEAK-tól, de ez az összeg ellátási esetenként nem lehet több mint 750.000 Ft,
- tervezett ellátás esetében: a jelen szabályzatban meghatározott díjak kerülnek kiszámlázásra.

Az egyéb okból érvénytelen barna lámpa esetén mind a sürgősségi, mind pedig a tervezett ellátás igénybevételekor a jelen szabályzatban meghatározott díjak az irányadóak.

- „SÁRGA lámpa" - TAJ érvényes, de korlátozott egészségügyi szolgáltatásokra jogosult;

A lámpa azt jelzi, hogy a beteg az egészségbiztosítóval kötött megállapodás alapján jogosult egészségügyi szolgáltatásra, ezért – a sürgősségi fogászati ellátás kivételével – nem jogosult

fogászati ellátásra, külföldi gyógykezelésre, illetve a transzplantációs várólistára sem kerülhet fel.

A megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatás - a sürgősségi ellátás kivételével - a megállapodás megkötését követő huszonnegyedik hónap első napjától jár, kivéve, ha a megállapodás megkötésével egyidejűleg az előírt járulék befizetése visszamenőleg huszonnégy hónapra megtörtént.

A Kórház – a NEAK honlapjáról letöltött értesítő átadásával – tájékoztatást ad a betegnek a jogviszony rendezetlenségéről, amennyiben belföldi jogállású személyről van szó. Az értesítés nem része a betegdokumentációnak.

2.1.4. Elszámolási nyilatkozat

A járóbeteg-szakellátást nyújtó Kórház a biztosítottat, kérésére köteles – magyar nyelven, közérthetően megfogalmazott – elszámolási nyilatkozatban tájékoztatni
a) a biztosított által igénybe vett ellátásról (a külön jogszabály szerinti OENO-kóddal együtt),
b) az a) pont szerinti ellátásért az egészségbiztosítási finanszírozás keretében külön jogszabály alapján igényelhető legmagasabb finanszírozási összeg mértékéről,
c) az ellátásért fizetendő, a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról.

A fekvőbeteg-szakellátást nyújtó Kórház a biztosítottat – magyar nyelven, közérthetően megfogalmazott – elszámolási nyilatkozatban tájékoztatja
a) a biztosított által igénybe vett ellátásról (a külön jogszabály szerinti OENO-kóddal együtt),
b) az a) pont szerinti ellátásért az egészségbiztosítási finanszírozás keretében külön jogszabály alapján igényelhető legmagasabb finanszírozási összeg mértékéről,
c) az ellátásért fizetendő külön jogszabály szerinti térítési díjról, amennyiben az az ellátás igénybevételének feltétele.

A Kórház a biztosítottat elbocsátásakor – magyar nyelven, közérthetően megfogalmazott – elszámolási nyilatkozatban tájékoztatja

a) a biztosított által igénybe vett ellátásról (a külön jogszabály szerinti BNO- és HBCs-kóddal együtt),

b) az a) pont szerinti ellátásért az egészségbiztosítási finanszírozás keretében külön jogszabály alapján igényelhető legmagasabb finanszírozási összeg mértékéről,

c) az ellátási napok számáról és ez alapján a biztosított által fizetendő kórházi napidíj összegéről,

d) az ellátásért fizetendő külön jogszabály szerinti térítési díjról, amennyiben az az ellátás igénybevételének feltétele.

Az elszámolási nyilatkozatot egy példányban kell kiállítani, amelyen a kiállító orvos aláírásával igazolja, hogy a biztosított az abban megnevezett ellátást igénybe vette. Az aláírt

elszámolási nyilatkozatot a biztosítottnak, egészségügyi szolgáltatásra jogosultnak át kell adni, ennek tényét az egészségügyi szolgáltató elektronikus formában rögzíti.

2.2. Az EGT állampolgárai

Hazánk 2004. május 1-je óta az EU teljes jogú tagja, így a magyar jog szerves részét képezi a szociális biztonságról szóló 1408/71 EGK sz. rendelet, és a végrehajtásáról szóló 574/72 EGK sz. rendelet. Későbbiekben megalkotásra került a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet és a végrehajtására kiadott 987/2009/EK rendelet, amelyeket 2010. május 1. napjától alkalmaznak. Ezen rendeleteket módosította a 2012. júniusában hatályba lépett 465/2012/EU rendelet.

A Tbj. 3. §-a és az 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) 8/A. § (1) bekezdése alapján a Tbj. és az Ebtv. szabályait a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló fenti rendeletek hatálya alá tartozó személyekre és ellátásokra a fenti Közösségi rendeletekben meghatározott módon kell alkalmazni.

A fenti rendeletek értelmében az Európai Gazdasági Térség tagállamaiban (1. sz. melléklet) lakó és ott egészségbiztosítással rendelkező személyek magyarországi tartózkodásuk esetén, a megfelelő igazolás bemutatása esetén a magyar egészségbiztosítás meghatározott ellátásait a magyar biztosítottakkal azonos feltételek mellett vehetik igénybe.

A szükséges igazolások (formanyomtatványok):

- Európai Egészségbiztosítási Kártya (Kártya), vagy
- ideiglenes Kártyahelyettesítő Nyomtatvány, vagy
- E112 jelű nyomtatvány vagy S2-es nyomtatvány

A **Kártya vagy a Kártyahelyettesítő Nyomtatvány** alapján a külföldi biztosított a magyar biztosítottaknak megfelelő feltételekkel igénybe veheti azokat az egészségügyi szolgáltatásokat, amelyek a magyarországi tartózkodásuk során orvosilag szükségessé válnak. Az orvosi szükségesség fennállásról a kezelőorvos dönt. Orvosilag szükségesnek azonban nem csak az azonnal nyújtandó ellátások minősülhetnek. Amennyiben az igényelt ellátást - a beteg állapotára való tekintettel - nem feltétlenül szükséges rövid időn belül nyújtani, a Kórháznak figyelembe kell vennie, hogy az illető személy milyen hosszú időt kíván Magyarországon tölteni. Amennyiben az illető személy nem rendelkezik EGT állampolgárok részére kiadott tartózkodási engedéllyel, csak azon szolgáltatások nyújtandók, amelyek 3 hónapon belül feltétlenül szükségessé válnak. Egyéb esetekben a tartózkodási engedély, illetve a Kártya érvényességének lejártát kell figyelembe venni.
Az EGT illetve svájci biztosított Magyarországon született gyermeke részére a szükséges ellátások a szülést követő 3. hónapig az anya EU- Kártyája alapján nyújtandók.
A Kártya nem használható akkor, ha a külföldi biztosított valamilyen egészségügyi szolgáltatás igénybevétele céljából utazott Magyarországra.

E112 jelű nyomtatvány vagy S2-es nyomtatvány:

A szociális biztonsági koordinációs rendeletek alapján az Európai Gazdasági Térség tagállamainak állampolgárai és a svájci állampolgárok, valamint az ezen államokban biztosított személyek egészségbiztosítójuk engedélye alapján jogosultak más tagállamban tervezetten egészségügyi szolgáltatást igénybe venni. Az S2 vagy E112 jelű nyomtatvány funkcióját tekintve nem más, mint a külföldi biztosító által kiállított költségátvállalást tanúsító igazolás.
Az E112 jelű nyomtatvánnyal vagy S2-es nyomtatvánnyal egészségügyi szolgáltatásra jelentkező személy a nyomtatványon megjelölt Kórház, illetve ellátás esetében ugyanolyan feltételek mellett jogosult a szolgáltatások igénybevételére, mint a magyar biztosítottak. Amennyiben a nyomtatványon sem Kórház, sem konkrét ellátás nincs megjelölve, az érvényességi időn belül bármilyen ellátás nyújtható a jogosult részére.

A Kártya, a Kártyahelyettesítő Nyomtatvány és az E112 jelű nyomtatvány vagy S2-es nyomtatvány alapján kizárólag csak azok érvényességi idején belül megkezdett ellátásokat lehet nyújtani.

A Kórháznak a fenti igazolásokat az ellátásra jelentkező biztosítottól el kell kérnie, és annak adatait az egészségügyi dokumentációban rögzítenie kell. Az igazolásról fénymásolat készítendő. Az igazolás teljes adattartalmát minden esetben rögzíteni és tárolni kell. Az igazolás másolatát, vagy az igazolás adatait tartalmazó iratot, az irattározás szabályai szerint kell megőrizni.

Az igazolásokat az ellátás kezdetekor kell bemutatni.

Ha az EGT állampolgár biztosított az ellátás kezdetekor nem tudja igazolni az ellátásra való jogosultságát, akkor az A01 számú adatlapon kötelezettséget vállalhat, hogy a távozást követő 15 napon belül bemutatja a biztosítást igazoló dokumentumokat. Ha az igazolást az ellátás befejezését követő 15 napon belül nem pótolja, akkor az igénybevett szolgáltatások részére kiszámlázásra kerülnek és köteles megfizetni az ellátás teljes térítési díját.

2.3. Területi elven nyugvó szociálpolitikai, egészségügyi együttműködési egyezmények

Magyarországgal egészségügyi szolgáltatásra egyezményt kötött államok (2. sz. melléklet) valamelyikében állampolgársággal rendelkező személy a sürgősségi egészségügyi ellátást térítésmentesen veheti igénybe érvényes útlevél bemutatása esetén.
Útlevél, vagy azt helyettesítő dokumentum hiányában az ellátó orvos jogköre az állampolgárság (szóbeli közlés alapján történő) megítélése, de e helyzet rögzítése a betegdokumentáción kötelező.

Az egyezményes államok polgárai átmeneti magyarországi tartózkodásuk során csak a „heveny megbetegedés és sürgős szükség" esetén nyújtandó ellátást vehetik igénybe, amely feltétlenül szükséges az élet vagy a testi épség súlyos veszélyeztetésének elhárításához, illetve

amely eredményeképpen a beteg olyan állapotba kerül, hogy biztonságosan vissza tud térni hazájába.

2.4. Egyéb országok állampolgárai:

A fenti egyezményeken túl egészségügyi szolgáltatásra is kiterjedő szociálpolitikai-, valamint szociális biztonsági egyezményeket is kötött Magyarország az alábbi országokkal:

- 1963. évi 16. sz. törvényerejű rendelettel kihirdetett magyar-szovjet szociálpolitikai egyezmény, amely alkalmazható az Oroszországi Föderáció és Ukrajna vonatkozásában
- 1959. évi 20. törvényerejű rendelettel kihirdetett magyar-jugoszláv szociálpolitikai egyezmény, amely kiterjed Macedóniára, Koszovóra
- 2008. évi LXXII. törvénnyel kihirdetett magyar-montenegrói szociális biztonsági egyezmény
- 2009. évi II. törvénnyel kihirdetett magyar-bosnyák szociális biztonsági egyezmény
- 2013. évi CCXXXIV. törvénnyel kihirdetett magyar-szerb szociális biztonsági egyezmény
- 2013. évi CCXXXIII. törvénnyel kihirdetett magyar-moldovai szociális biztonsági egyezmény
- 2015. évi XVIII. törvénnyel kihirdetésre került a magyar-albán szociális biztonsági egyezmény
- 2015. évi XXIX. törvénnyel kihirdetésre került a magyar-amerikai szociális biztonsági egyezmény
- 2015. évi XXX. törvénnyel kihirdetésre került a magyar-török szociális biztonsági egyezmény
- Montenegróval, Bosznia-Hercegoviával, Szerbiával illetve Albániával fennálló egyezmény kapcsán azok, akik magyarországi átmeneti tartózkodása során CG/HU 111-es vagy BH/HU 111-es vagy SRB/HUN 111-es vagy AL/HU 111-es nyomtatvánnyal rendelkeznek, Magyarországon a nyomtatványok alapján sürgősségi ellátásokat vehetnek igénybe.
- Macedóniában, illetve Koszovóban biztosított, magyarországi ideiglenes tartózkodása alatt „biztosítási igazolvány" alapján jogosult a sürgősségi ellátások igénybe vételére.
- ukrán vagy orosz állampolgár, magyarországi átmeneti tartózkodása esetén útlevéllel vehet igénybe sürgősségi ellátást a feltétlenül szükséges mértékig.

2.5. Határon átnyúló ellátás a 2011/24/EU Irányelv alapján- tervezett ellátás

A 2011/24/EU irányelv alapján az Európai Unió más tagállamainak betegei jogosultak Magyarországon tervezetten határon átnyúló egészségügyi ellátást igénybe venni. A bejövő beteg a külföldi biztosító által kiállított olyan dokumentummal vehet igénybe határon átnyúló egészségügyi ellátást, amely az Európai Unió tagállambeli állampolgárságát vagy az egészségügyi ellátásra való jogosultságát hitelt érdemlően bizonyítja.

Az ellátás költségeit a külföldi beteg fizeti meg. A bevétel az egészségügyi szolgáltató saját bevételét képezi. Ez a térítési díj nem térhet el attól a díjtól, amelyet a hazai beteg ellátásáért közfinanszírozott szolgáltatók esetében a hazai beteg térít.

Az egészségügyi szolgáltató csak akkor tagadhatja meg az uniós beteg ellátását, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását az uniós beteg fogadása veszélyezteti. Az elutasítást ilyen esetben írásban meg kell indokolni.

A fenti pontokban meg nem határozott minden egyéb ország állampolgára Magyarországon bármely egészségügyi ellátást csak teljes térítés mellett vehet igénybe, amelyről szóló tájékoztatást az A02-es számú adatlap tartalmazza.

II. TÉRÍTÉSI DÍJAK

1. TÉRÍTÉSKÖTELES SZOLGÁLTATÁSOK ÉS BETEGTÁJÉKOZTATÁS

Térítésköteles minden olyan egészségügyi szolgáltatás, amelyet

- a NEAK nem finanszíroz,
- társadalombiztosítási jogszabály részben vagy egészben térítésköteles szolgáltatásként nevesít.

A kezelés előtt a beteggel az ellátás várható költségét (térítési díjat) ismertetni kell (A02 sz. adatlap).
A tájékoztató összeget a beteg aláírásával el kell ismertetni, és a betegdokumentációban kell megőrizni.
Amennyiben a térítési díjakat a beteg nem fogadja el, a kezelés vonatkozó része nem kezdhető meg. Diagnosztikai vizsgálatok esetén a kért vizsgálatok eredményétől függő (szakmai szabályok szerinti) további kiegészítő vizsgálatok térítési díját az eredmények kiadása előtt a betegnek meg kell téríteni.
A sürgősségi ellátás igénybevételének térítés-mentességét-, a beteg vizsgálatát és ellátását követően kell megállapítani.
Amennyiben a beteg az adott ellátásra nem térítésmentesen jogosult, a térítési díj utólag rendezendő.

A Kórház egyes ellátások elvégzését - amennyiben a biztosított egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátását - várólista alapján is teljesítheti. A Kórház az ellátás természete, továbbá tartós kapacitáshiány esetén alakíthat ki várólistát.

A Szabályzatban feltüntetett térítési díjak forintban értendők, külföldi valuta nem fogadható el. A fizetés készpénzben teljesítendő, a Kórház házi pénztárában, vagy átutalással a Kórház bankszámlájára.

2. Térítési díjak

2.1. A biztosítással nem rendelkező betegek ellátásának térítési díjai

2.1.1. Fekvőbeteg szakellátás térítési díja

Aktív osztályon történő ellátás esetén az ellátási díj alapja az adott eset Homogén Betegségcsoport (HBCS) szerinti aktuálisan érvényes besorolása. **A súlyszám érték fenti forintértékkel szorozva adja az ellátás díját, amely tartalmazza az ellátással kapcsolatos valamennyi kiadást.** A „Homogén Betegségcsoport" listája, a hozzátartozó súlyszámmal és egyéb jellemzőivel, az Egészségügyi Közlönyben kerül közzétételre.
Ezen díj felett az ellátott naponta az országosan megállapított napidíj× 2/nap összeg megfizetésére köteles.
A Pénzügy nyilvántartásában kiállítandó számla alapbizonylata az A03 számú „ADATLAP fizető fekvőbetegek ellátásáról számla–készítéséhez" című formanyomtatvány, amelyen fel kell tüntetni az ellátás HBCS kódját, megnevezését, súlyszámát, a súlyszám fenti számítás alapján elkészített értékét, valamint a fentiek szerinti Ft értékekkel felszorzott fizetendő végösszeget.

Krónikus Osztályon a térítésmentes időszak lejártát követően az ápolás 7. hónapjának első napjától minden megkezdett ápolási napra egységes napi ellátási díj fizetendő, melynek összegét a szabályzat 5. sz. melléklete tartalmazza. A napi ellátási díj tartalmazza a diagnosztikai eljárások díját is.

A számla készítésének alapbizonylata az „Értesítés térítési díj befizetéséről", melyet az osztályvezető ápoló hitelesít. A felvétel és a távozás napját az ápolási napok számításánál (aktív és krónikus ellátás esetén egyaránt) fél–fél napként, azaz összesen 1 napként kell figyelembe venni.

Az Ápolási Osztályon orvosi beutalás alapján történő elhelyezés és ápolás esetén fizetendő részleges térítési díjak összegét a szabályzat 5. sz. melléklete tartalmazza. -
Az Ápolási Osztály a 2 példányban készült az "Értesítés térítési díj befizetéséről" című nyomtatvány 1 példányát átadja a Pénzügynek, a másik példányt az ápolt ápolásra kötelezett hozzátartozójának. A Pénzügy készpénzes fizetés esetén kiállítja a számlát, ha a befizetés a házipénztárban történik. Átutalásos fizetés esetén a Pénzügy a pénz bankszámlára történő érkezése után a kiállított számlát email-ben továbbítja az ápolt vagy az ápolásra kötelezett hozzátartozó részére.

Térítési díj ellenében nyújtott többletszolgáltatáson elsősorban a napi 5x-i étkezést, televíziót, a légkondicionáló berendezéseket, igény szerint a kórház kapacitásának megfelelően gyógytornász biztosítását, pszichés gondozást, segítségnyújtást a szociális ügyek intézéséhez szociális munkás bevonásával, lelkészt, szükség szerint a betegek ruháinak mosatását, diagnosztikai háttér biztosítását, állapotváltozás esetén orvosi konzílium lehetőségét kell érteni.

2.1.2. Járóbeteg szakellátás és diagnosztikai ellátás térítési díja

A járóbeteg és diagnosztikai ellátás keretében egészségügyi szolgáltatást igénybe vevőnek tételes elszámolás alapján térítési díjat kell fizetni. A térítési díj számításának alapja az ellátás során végzett tevékenységek (vizsgálatok, beavatkozások) (WHO) összpontértéke. A tevékenységlista és a hozzá tartozó pontértékek az Egészségügyi Közlönyben kerülnek közzétételre.
A beteg személy (amennyiben szükséges a beutaló, akkor beutalóval együtt) a kezelőorvos által kiállított igazolás alapján a Kórház házipénztárában befizeti a vizsgálat díját, amelyről a Pénzügy számlát állít ki. Ezt követően a beteg a befizetésről a bizonylatot bemutatja a kezelőorvosnak. A számla készítésének alapbizonylata az „ADATLAP fizető járóbetegek ellátásáról számla készítéséhez" című A04 számú adatlap szerinti formanyomtatvány, a kezelőorvos által hitelesítve. Az adatlapon tételesen fel kell sorolni az elvégzett vizsgálatokat és beavatkozásokat kód, név és pontszám megjelölésével. Amennyiben a betegnek diagnosztikai vizsgálatok is készültek, az adatlapon azokat is fel kell tüntetni.
A felsorolt, szolgáltatási tételek pontszámait össze kell adni.

A fizetendő ellátási díj: az ellátás során végzett tevékenységek összpontszáma × a pontszám Ft értéke × 2,0.

2.2. A biztosítással rendelkező betegek ellátásának térítési díjai

2.2.1. Biztosított számára is csak teljes térítés ellenében nyújtható szolgáltatások

a) Kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretében igénybe nem vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjai:

Azon egészségügyi szolgáltatások, amelyek a térítési díjért igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet 2. sz. mellékletében meghatározott térítési díj befizetése ellenében vehetők igénybe. A térítési díjakat jelen Szabályzat 4. számú melléklete tartalmazza.

b) Halott hűtéssel és kezeléssel kapcsolatos költségek:

A Kórház halott-hűtési, illetve kezelési díjat számít fel, melynek összegét a szabályzat 5. sz. melléklete tartalmazza.

A díjakat - a Kórházzal kötött szerződés alapján - a temetkezési vállalkozó, egyéb esetekben közvetlenül vagy megbízottja útján az eltemettetésre kötelezett személy vagy szerv fizeti meg a Kórház számára. A további szabályozást az IBSZ-Halottkezelési Szabályzat tartalmazza.

c) Az adatszolgáltatással kapcsolatos térítési díjak a következők:

Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló

1997. évi XLVII. törvény 7. § (3) bekezdése értelmében *„az érintettnek az (EU) 2016/679 európai parlamenti és tanácsi rendelet (a továbbiakban: általános adatvédelmi rendelet) 15. cikk (3) bekezdésében meghatározott, az adatkezelés tárgyát képező személyes adatok minden további másolatért miniszteri rendeletben meghatározott költségelemek alapján díjat kell fizetni."*

A fentiekben foglaltak alapján a beteg által első alkalommal igényelt és átadott személyes és egészségügyi adatokat tartalmazó dokumentáció másolati példánya térítésmentes, az ezen felüli minden további másolatért díjat kell fizetni az alábbiak szerint.

Az ezen felül igényelt minden további másolatért a szabályzat 5. sz. melléklete szerinti díjat kell fizetni:

Adatszolgáltatás teljesítésére az érintett (jogosult) írásos kérelme alapján kerülhet sor.
Kérelem benyújtására jogosult az érintett, az érintett törvényes képviselője, az érintett által adott, teljes bizonyító erővel rendelkező magánokiratban felhatalmazott személy.

Továbbá, az érintett halála esetén törvényes képviselője, hozzátartozója, örököse jogosult:

a. a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, továbbá

b. a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi adatokat megismerni, az egészségügyi dokumentációról másolatot igényelni.

2.2.2. Biztosítottaknak részleges, illetve kiegészítő térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatások

A 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet alapján biztosított csak részleges térítési díj ellenében jogosult ellátásra az alábbi esetben:

- ha beutaló nélkül érkező biztosított egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátást, azonban a biztosított továbbra is kezdeményezi az azonnali ellátását, akkor a kezelést megkezdő orvos tájékoztatja a biztosítottat az orvosi beutaló nélkül indokolatlanul igénybe vett egészségügyi ellátásért fizetendő térítési díjról.

Gasztorenterológiai szakrendelésen a beteg kérésére altatásban történő colonoscopos vizsgálat térítésköteles ellátásnak minősül a vizsgálat kimenetele függvényében. Amennyiben a colonoscopia során a betegnél polyp eltávolítása szükséges, akkor felvételre kerül az Egynapos Sebészeti Osztályra megfigyelésre, ez esetben a korábban befizetett térítési díj visszafizetésre kerül a beteg részére. Negatív vizsgálati eredmény esetén a beavatkozás térítésköteles marad.

A fizetendő ellátási díj: az ellátás során végzett tevékenység (altatás TIVA maszkkal első 1 óra) pontszáma × a pontszám Ft értéke × 2,0.

Az Ebtv. 23/A. §-a alapján, amennyiben a beteg állapota indokolja, kiegészítő térítési díj mellett jogosult ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra, ideértve a szükséges gyógyszereket és az étkezést is.

Krónikus Osztályon a térítésmentes időszak lejártát követően az ápolás 7. hónapjának első napjától minden megkezdett ápolási napra egységes napi ellátási díj fizetendő, melynek összegét a szabályzat 5. sz. melléklete tartalmazza. A napi ellátási díj tartalmazza a diagnosztikai eljárások díját is.

A számla készítésének alapbizonylata az „Értesítés térítési díj befizetéséről", melyet az osztályvezető ápoló hitelesít. A felvétel és a távozás napját az ápolási napok számításánál (aktív és krónikus ellátás esetén egyaránt) fél–fél napként, azaz összesen 1 napként kell figyelembe venni.

Az Ápolási Osztályon orvosi beutalás alapján történő elhelyezés és ápolás esetén fizetendő kiegészítő térítési díjak összegét a szabályzat 5. sz. melléklete tartalmazza. - többletszolgáltatás esetén:

Az Ápolási Osztály a 2 példányban készült az "Értesítés térítési díj befizetéséről" című nyomtatvány 1 példányát átadja a Pénzügynek, a másik példányt az ápolt ápolásra kötelezett hozzátartozójának. A Pénzügy készpénzes fizetés esetén kiállítja a számlát, ha a befizetés a házipénztárban történik. Átutalásos fizetés esetén a Pénzügy a pénz bankszámlára történő érkezése után a kiállított számlát email-ben továbbítja az ápolt vagy az ápolásra kötelezett hozzátartozó részére.

Térítési díj ellenében nyújtott többletszolgáltatáson elsősorban a napi 5x-i étkezést, televíziót, a légkondicionáló berendezéseket, szükség esetén gyógytornász biztosítása, pszichés gondozást, segítségnyújtást a szociális ügyek intézéséhez szociális munkás bevonásával, lelkészt, a betegek ruháinak mosatását, diagnosztikai háttér biztosítását, állapotváltozás esetén orvosi konzílium lehetőségét kell érteni.

2.3. Emeltszintű egészségügyi szolgáltatás

A Szolgáltatónál az emelt szintű egészségügyi szolgáltatást igénybevevők (kísérők) által fizetendő díjak összegét a szabályzat 5. sz. melléklete tartalmazza.

2.4. Térítési díjak elengedése, részletfizetés

A térítési díj elengedésére, illetve részletfizetés engedélyezésére az igazgatói tanács jogosult a hozzá intézett írásbeli kérelem, és a csatolt igazolások alapján:

a) a Kórház alkalmazottai, illetve kórházi alkalmazott, amennyiben közeli hozzátartozója esetén költségviselőként szerepel.

Térítési díj elengedése, részletfizetés kérése kizárólag a halott hűtéssel és kezeléssel kapcsolatos költségekre igényelhető.
Részletfizetés engedélyezése esetén a térítési díj legfeljebb három részletben, legfeljebb három hónap alatt térítendő meg.
A térítési díj fennmaradó részének meg nem fizetése, vagy a részletfizetés elmaradása esetén fizetési meghagyás kibocsátását kell kezdeményezni a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező közjegyzőnél.

a) A beteg írásbeli kérelmére, a kezelőorvos javaslatára - kivételesen indokolt esetben - a igazgatói tanács méltányosságból a térítési díjat elengedheti vagy részletfizetési engedélyt adhat.

Az Ebtv. 26. § (1) bekezdése értelmében a NEAK méltányosságból a biztosított által részleges térítési díj megfizetése mellett az egészségbiztosítás terhére igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások térítési díját vagy annak egy részét átvállalhatja.

b) Jelen Szabályzat **2.1.1, 2.1.2, 2.2.2.** pontjaiban foglalt ellátások igénybevétele esetén a fenti kedvezmények a Kórház alkalmazottait illetik meg.

2.5. Jogcím nélküli használat

Jogcím nélküli használó az, aki a Kórház vagyonkezelésében álló helyiséget, területet a Kórház hozzájárulása vagy a vele való megállapodás, szerződés nélkül használja (pl.. bérleti szerződés megszűnését követően értéktárgyait nem szállítja el, a Kórházra hagyja őrzésüket).

A jogcím nélküli használó, a Kórház részére használati díjat köteles fizetni. A használati díj a helyiségekre, területre megállapított bérleti díjjal azonos összeg. A fizetési kötelezettség mindaddig fennáll, amíg a jogcím nélküli használat tart. A jogcím nélküli használat kezdetétől számított két hónap elteltével a használati díj emelhető.

3. A TÉRÍTÉSI DÍJAK MEGFIZETÉSÉNEK RENDJE

3.1. Nyilvánosságra hozatal

A szolgáltatások térítési díjának jegyzékét az ellátó osztályokon/egységeken a betegek számára hozzáférhető módon ki kell függeszteni.
A Kórház saját honlapján (http://mezoturikorhaz.hu), valamint belső intraneten elektronikus formában is hozzáférhetővé teszi a szabályzatot.

3.2. Tájékoztatási kötelezettség

A Szabályzat hatálya alá tartozó szolgáltatások nyújtása esetén az ellátás megkezdése előtt az ellátást végző osztály/egység a szolgáltatást igénybe venni szándékozót, illetve kísérőjét köteles felvilágosítani a térítési díj várható mértékéről, a végső számlát módosító

tényezőkről, a nyújtott szolgáltatás mértékéről, a fizetés módjáról és helyéről, a díj mérséklésének lehetőségéről, a nem fizetés szankcióiról. Nem fizetés esetén az intézmény jogi úton érvényesíti igényét.

Az A02 számú adatlap szerinti formanyomtatvány több nyelven tartalmazza azon információkat, amelyből a beteg tájékoztatást kap az ellátás várható költségeiről.
A beteg aláírásával igazolja, hogy az ellátás költségeiről tájékoztatást kapott és a fizetési kötelezettséget tudomásul veszi. A nyomtatványt 2 példányban kell kitölteni, egyik példány a betegé, a másik (magyar nyelvű) a betegdokumentáció részét képezi.

3.3. Fizetés rendje

A térítési díj fizetése – a sürgős ellátások esetét kivéve – **az ellátás megkezdése előtt** történik. Nem sürgős ellátás esetén, amennyiben a szolgáltatást igénylő a fizetési szándékát nem nyilvánítja ki és a jelen szabályzatban előírt díjat nem fizeti meg, a Kórház az ellátást megtagadja.

Az A03, illetve A04 számú adatlapok szerinti formanyomtatvány („ADATLAP fizető fekvő, illetve járóbetegek ellátásáról számla készítéséhez") képezi a számla kiállításának alapját.
Az ellátást végző osztály a fenti adatlapokon a beteg adatait feltünteti, elvégzi a HBCS/WHO kódolást, meghatározza a súlyszám/pontszám értékét, majd az adatlapot számla kiállítása céljából továbbítja a Pénzügynek. A fenti feladat elvégzésében az Informatikai és Kontrolling Csoport az ellátást nyújtó osztály megkeresése alapján segítséget nyújt.

Az Informatika meghatározza a forintértéket, a Pénzügy kiszámítja a fizetendő térítési díjat, ezt követően kiállítja a számlát.

A számla az általános forgalmi adóról szóló 2007. évi CXXVII. törvény (Áfa tv.) 169. §-a szerinti, a számla adattartamára vonatkozó alaki és tartalmi követelményeknek megfelelően kerül kiállításra.

A készpénzfizetési számlát átírással 2 példányban kell kiállítani, amelyből:

- az első példány az igénybe vevőé (vagy a hozzátartozóé),
- a második példány a bevételi pénztárbizonylat alapbizonylata, így annak melléklete, könyvelési bizonylat.

Az ellátást igénybevevő a számlát a Kórház bankszámlájára átutalással vagy készpénzzel a házipénztárban egyenlítheti ki, amennyiben az a házipénztár nyitvatartási ideje alatt történik. Pénztárzárást követően, illetve munkaszüneti napon az ellátást végző osztály, részleg köteles átvenni az összeget, amelyet a következő munkanapon a házipénztárba köteles befizetni, melyről egyszerűsített készpénzfizetési számlát állít ki.
Az első példány a vevői, a második példány a Pénzügy részére kerül átadásra, a harmadik példány pedig a számlatömbben marad. Az átvett összeget a számla második példányával

együtt a következő munkanapon a házipénztárba köteles befizetni, melyről a Pénzügy kiállítja az ECOSTAT számlát és megküldi a vevő részére.

Az ellátást végző osztály/egység a kezelést követően a mindenkori medikai program szerinti megfelelő adatlapot tölti ki, amelyet a kezelőorvos aláír és lepecsétel.
A térítési díjakat főszabály szerint a szolgáltatás nyújtását megelőzően kell megfizetni.

Amennyiben megállapításra kerül, hogy az előzetes költség kalkuláció alapján kifizetett díj és a fekvőbeteg ellátás során ténylegesen felmerülő költség eltér, a beteg köteles a különbözet fenti eljárásrendben történő befizetésére, a Kórháztól való eltávozása előtt.

Valamennyi osztályon tételesen, kronológikus sorrendben az A05 sz. adatlap szerint nyilván kell tartani a térítési díj ellenében végzett vizsgálatokat és díjakat, valamint a vizsgálatban érintett személyeket. A nyilvántartásból két példányt kell készíteni, amelynek egyik példányát havonta le kell adni a Pénzügyre, a tárgyhónapot követő hónap 2. munkanapjával bezárólag.
A Pénzügy a beérkezett listákat összeveti a befizetési adatokkal, majd a koordinációs vezető a havi bevételekről jelentést készít, a tárgyhónapot követő hónap 10. munkanapjával bezárólag.
A meg nem fizetett térítési díj nyilvántartása, beszedése a Pénzügy, behajtása az intézeti jogász feladata.

III. JOGSZABÁLYI HIVATKOZÁSOK

- a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló 2019. évi CXXII. törvény (Tbj.),
- a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.), valamint a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet,
- térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet,
- a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátásokról szóló 46/1997. (XII. 17.) NM rendelet,
- az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet,
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény,
- az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény,
- 25/2007. (V. 31.) IRM rendelet a szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező személyek beutazásáról és tartózkodásáról szóló 2007. évi I. törvény, valamint a harmadik országbeli állampolgárok beutazásáról és tartózkodásáról szóló 2007. évi II. törvény végrehajtásáról,
- 2020. évi XIV. törvény Magyarország és az Oroszországi Föderáció között a szociális biztonságról szóló Egyezmény kihirdetéséről,
- a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról szóló 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet.

IV. MELLÉKLETEK, ADATLAPOK JEGYZÉKE

KÓD	CÍM	Oldalak száma
IBSZ-DIJSZAB M01	**EURÓPAI GAZDASÁGI TÉRSÉG (EGT) TAGÁLLAMAI**	01
IBSZ-DIJSZAB M02	ÁLLAMKÖZI EGYEZMÉNYEK	01
IBSZ-DIJSZAB M03	EURÓPAI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI KÁRTYA	01
IBSZ-DIJSZAB M04	284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet szerinti térítési díjak	04
IBSZ-DIJSZAB A01	**Nyilatkozat EU állampolgár térítésmentes ellátásra jogosultságáról**	04
IBSZ-DIJSZAB A02	**Felvilágosítás (az ellátás várható költségeiről)**	04
IBSZ-DIJSZAB A03	**Adatlap Fizető fekvőbetegek ellátásáról számla készítéséhez**	02
IBSZ-DIJSZAB A04	**Adatlap Fizető járóbetegek ellátásáról számla készítéséhez**	02
IBSZ-DIJSZAB A05	**Összesítő a havi térítésköteles ellátásokról**	01

1. sz. melléklet

EURÓPAI GAZDASÁGI TÉRSÉG (EGT) TAGÁLLAMAI

Az alábbi táblázatban felsorolt országokból érkező biztosítottak ellátása esetén alkalmazandók a 1408/71 EGK sz. rendelet, valamint annak végrehajtásáról szóló 574/72 EGK sz. rendelet szabályai.

	Országkód
Ausztria	AT
Belgium	BE
Bulgária	BU
Ciprus	CY
Cseh Köztársaság	CZ
Dánia	DK
Észtország	EE
Finnország	FI
Franciaország	FR
Görögország	GR
Hollandia	NL
Horvátország	HR
Írország	IE
Izland	IS
Lengyelország	PL
Lettország	LV
Liechtenstein	LI
Litvánia	LT
Luxemburg	LU
Málta	MT
Németország	DE
Norvégia	NO
Olaszország	IT
Portugália	PT
Románia	RO
Spanyolország	ES
Svédország	SE
Szlovákia	SK
Szlovénia	SI
Svájc	CH

2.sz. melléklet

ÁLLAMKÖZI EGYEZMÉNYEK

Ország
Angola – 17/1984. (III.27.) MT rendelet
Észak-Korea (14/1975. (V.14.) MT rendelet) /csak a KNDK állampolgárai!/
Irak – 47/1978. (X.4.) MT rendelet
Jordánia – 15/1981. (V.23.) MT rendelet
Jugoszlávia – 1959. évi 20. tvr. (Macedónia és Koszovó esetében alkalmazandó)
Montenegró Köztársaság – 2008. évi LXXII. törvény
Bosznia és Hercegovina – 2009. évi II. törvény
Szerb Köztársaság – 2013. évi CCXXXIV. törvény
Kuvait – 33/1979. (X.14.) MT rendelet
Szovjetunió utódállamai – 1963. évi 16. tvr. (Ukrajna esetében alkalmazandó) 2020. évi XIV. törvény rendelkezik a Magyarország és az Oroszországi Föderáció között a szociális biztonságról szóló Egyezmény kihirdetéséről.

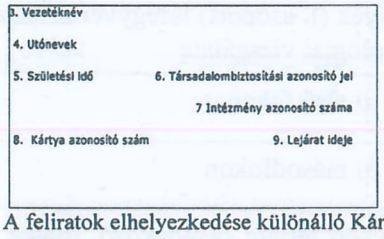
3.sz. melléklet

2. sz. melléklet

EURÓPAI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI KÁRTYA

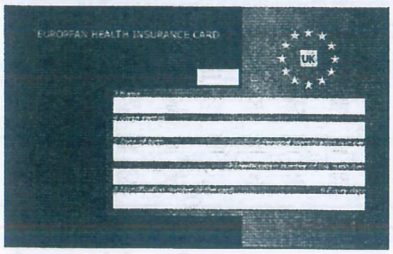
A feliratok szövege:

1. Vezetéknév
2. Utónevek
3. Születési idő
4. Társadalombiztosítási azonosító jel
5. Intézmény azonosító száma
6. Kártya azonosító szám
7. Lejárat ideje

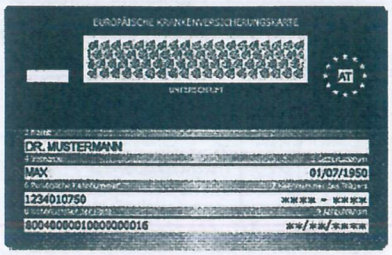


A feliratok elhelyezkedése különálló Kártya esetén

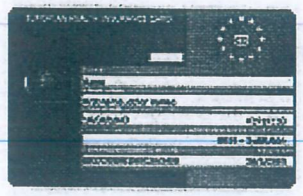
Szabvány 1.
Különálló Kártya



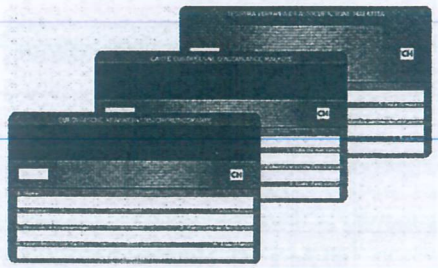
Szabvány 2
A nemzeti kártya hátoldalán szereplő Kártya



Szabvány 3:
Chippel ellátott Kártya



A Svájcban kiadott kártya:
(a nemzeti kártya hátoldalán szerepel mágnescsíkkal vagy anélkül)



Figyelem! *Az Európai Bizottság által meghatározott szabvány nem terjed ki a Kártya másik oldalára. A Kártya másik oldalát és annak tartalmát a kibocsátó intézmény teljesen szabadon határozza meg. A másik oldal lehet nemzeti vagy regionális egészségügyi kártya (Németország, Olaszország, Csehország, Ausztria), de tartalmazhat közérdekű tájékoztatást is (Lengyelország, Egyesült Királyság).*

4.sz. melléklet

284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet szerinti térítési díjak

	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, valamint elöltöltő fegyvert vadászati célra használni szándékozó, illetve használó személyek (II. csoport) alkalmassági vizsgálata				
	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 a 40. - gépjármű-vezetői alkalmassági vizsgálat esetén az 50. - életévét még nem töltötte be:			
			aa)	első fokon	7 200 Ft
			ab)	másodfokon	10 800 Ft
		*b)** ha a 40. - gépjármű-vezetői alkalmassági vizsgálat esetén az 50. - 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
4.	Alkohol szintjének kimutatása érdekében végzett vér- és vizeletvétel				4 800 Ft
5.	Kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett				
		a)	vérvétel		3 200 Ft
		b)	vizeletvétel		1 600 Ft
6.	Látlelet 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 egészségi alkalmassági vizsgálat				
		a) tengeri hajózási szolgálatot teljesítő személy alkalmassági vizsgálata			
			aa)	az egészségi alkalmasság első vizsgálata	19 200 Ft
			ab)	az egészségi alkalmasság időszakos vagy soron kívüli vizsgálata	15 600 Ft

		b) I. és II. osztályú tengeri kedvtelési célú tengeri vízijármű-vezetők alkalmassági vizsgálata			
			ba)	az egészségi alkalmasság első vizsgálata	12 000 Ft
			bb)	az egészségi alkalmasság időszakos vagy soron kívüli vizsgálata	9 700 Ft
		c) III. és IV. osztályú tengeri kedvtelési célú tengeri vízijármű-vezetők alkalmassági vizsgálata			
			ca)	az egészségi alkalmasság első vizsgálata	9 700 Ft
			cb)	az egészségi alkalmasság időszakos vagy soron kívüli vizsgálata	7 200 Ft
10.	Igazságügyi szakértői tevékenység kivételével jogszabály által elrendelt vagy egyéb háziorvosi, 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) vizsgálat	28 700 Ft
			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.*	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 szakképző intézményben és felsőoktatási intézményben oktatásban részesülők szakmai alkalmassági vizsgálatai keretében kerül sor.				1 700 Ft
15.*	A foglalkoztathatóság szakvéleményezése				
		a)	közfoglalkoztatási jogviszonyhoz szükséges szakvélemény esetén		1900 Ft/fő/eset
		*b)**	a büntetésként kiszabott közérdekű munka végrehajtásához szükséges szakvélemény esetén		1900 Ft/fő/eset
		c)	az *a)* és a *b)* pontban nem említett esetben		3300 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 baktérium, a human papilloma vírus és az influenza megbetegedés elleni immunizálást				2 000 Ft
17.*	Járványügyi készültség idején a SARS-CoV-2 RT-PCR módszerrel történő kimutatására vonatkozó vizsgálat díja				17 000 Ft
18.*	Járványügyi készültség idején a SARS-CoV-2 RT-PCR mintavétel díja				2 500 Ft
19.*	Járványügyi készültség idején a SARS-CoV-2 specifikus antitest kimutatására irányuló szerológiai vizsgálat				9 000 Ft
20.*	Járványügyi készültség idején mintavétel a SARS-CoV-2 specifikus antitest kimutatására irányuló szerológiai vizsgálathoz				2 000 Ft

5. sz. melléklet

TÉRÍTÉSI DÍJAK

1. A biztosítással nem rendelkező betegek ellátásának térítési díjai

1.1. Fekvőbeteg szakellátás térítési díja

a.) **Krónikus Osztályon**

Krónikus Osztályon a térítésmentes időszak lejártát követően az ápolás 7. hónapjának első napjától minden megkezdett ápolási napra egységes napi ellátási díj fizetendő, melynek alapdíja a 43/1999. III.3. Korm. rendelet az egészsgügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló rendelet 6§ (2) b) szakaszában foglaltaknak megfelel, a szabályzat jóváhagyása napján 7.000 Ft. A napi ellátási díj tartalmazza a diagnosztikai eljárások díját is.

b.) **Ápolási osztály**

Felvételre jelentkezéskor	5.000 Ft
Az ellátás időtartamára	10.300 Ft/nap
Ágyfenntartási díj	1.500 Ft/nap

1.2. Járóbeteg szakellátás és diagnosztikai ellátás térítési díja

A fizetendő ellátási díj: az ellátás során végzett tevékenységek összpontszáma × a pontszám Ft értéke × 2,0.

2. A biztosítással rendelkező betegek ellátásának térítési díjai

2.1. Halott hűtéssel és kezeléssel kapcsolatos költségek

a.) A halott hűtés díja a halottvizsgálati bizonyítvány kiállításától számított:

- 2. naptári naptól bruttó 6.000 Ft naponta,

b.) A halottkezelés díja egységesen: bruttó 15.000 Ft.

2.2. Az adatszolgáltatással kapcsolatos térítési díjak a következők:

A beteg által első alkalommal igényelt és átadott személyes és egészségügyi adatokat tartalmazó dokumentáció másolati példánya térítésmentes, az ezen felüli minden további másolatért díjat kell fizetni az alábbiak szerint.

Az ezen felül igényelt minden további másolatért a következők szerinti díjat kell fizetni:

- Alapdíj (mely tartalmazza a dokumentumkezelési és technikai költséget, valamint adatigénylés teljesítéséhez szükséges munkaerőforrás felszámítását): bruttó 10.000,- Ft/ adatigénylés
- Másolási díj (mely az alapdíjon felül fizetendő)

Egészségügyi dokumentum másolat(ok) A4	Bruttó 200 Ft/oldal
Röntgenfelvétel	Bruttó 500 Ft/felvétel
CD biztosítása betegdokumentációhoz	Bruttó 1.500 Ft

3. Biztosítottaknak részleges, illetve kiegészítő térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatások

3.1. Gasztorenterológiai szakrendelésen a beteg kérésére altatásban történő colonoscopos vizsgálat térítésköteles ellátásnak minősül a vizsgálat kimenetele függvényében. Amennyiben a colonoscopia során a betegnél polyp eltávolítása szükséges, akkor felvételre kerül az Egynapos Sebészeti Osztályra megfigyelésre, ez esetben a korábban befizetett térítési díj visszafizetésre kerül a beteg részére. Negatív vizsgálati eredmény esetén a beavatkozás térítésköteles marad.

A fizetendő ellátási díj: az ellátás során végzett tevékenység (altatás TIVA maszkkal első 1 óra) pontszáma × a pontszám Ft értéke × 2,0.

3.2. **Krónikus Osztályon** a térítésmentes időszak lejártát követően az ápolás 7. hónapjának első napjától minden megkezdett ápolási napra egységes napi ellátási díj fizetendő, melynek összege a 43/1999. III.3. Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló rendelet 6§ (2) b) szakaszában foglaltaknak megfelel, a szabályzat jóváhagyása napján 7.000 Ft. A napi ellátási díj tartalmazza a diagnosztikai eljárások díját is.

3.3. **Az Ápolási Osztályon** orvosi beutalás alapján történő elhelyezés és ápolás esetén fizetendő kiegészítő térítési díjak - többletszolgáltatás esetén:

Ápolási díj 2026.08.31. napjáig	3.900 Ft/nap
Ápolási díj 2026.09.01. napjától	4.400 Ft/nap
Az ellátás 13. hónapjától (jelen szabályzat jóváhagyásakor hatályban lévő szerződések esetén 2026.09.01. napjától számítandó, az ezt követően kötött szerződéseknél a szerződéskötés napjától számítandó az ellátás 13. hónapja)	5.000 Ft/nap
Ágyfenntartási díj	1.500 Ft/nap

4. Emelt szintű egészségügyi szolgáltatás

A Szolgáltatónál az emelt szintű egészségügyi szolgáltatást igénybevevők (kísérők) által fizetendő térítési díj összege élelmezési költség nélkül: 1.500 Ft/nap.

A01 Adatlap

NYILATKOZAT EU ÁLLAMPOLGÁR TÉRÍTÉSMENTES ELLÁTÁSRA JOGOSULTSÁGÁRÓL

Alulírott Európai Uniós állampolgár elismerem, hogy a **Mezőtúri Kórház és Rendelőintézet**..... osztály/egységben kapott kezelést térítésmentesen vettem igénybe. A kezelés megkezdésekor és annak teljes időtartama alatt a térítésmentes egészségügyi ellátásra való jogosultságot nem tudtam igazolni. Ezért jelen nyilatkozatommal 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 Mezőtúri Kórház és Rendelőintézet ..... ellátást végző osztályának/egységének (Fax:....., H–5400 Mezőtúr, Kossuth út 9-11.). Ugyanakkor tudomásul veszem, hogy a vállalt határidő lejárta után a kezelést nyújtó osztály/egység 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, Mezőtúr, 20.....év.....hó.....nap

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

.....
beteg aláírása

Mellékletek: útlevél másolat, személyi igazolvány másolat, jogosítvány másolat (megfelelő rész aláhúzandó)

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 Ward/Unit of ..... of Hospital-Clinic of the town Mezőtúr. 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 Ward/Unit ..... of Hospital-Clinic of town Mezőtúr, at which the services had been provided to me (fax: ..., H-5400 Mezőtúr, Kossuth út 9-11.), 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 Mezőtúr, …. (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:	Witness 2:
……	……..
(name, address)	(name, address)

ERKLÄRUNG
ÜBER DIE BERECHTIGUNG ZUR KOSTENLOSEN VERSORGUNG EINES STAATSANGEHÖRIGEN DER EU

Ich, unterzeichneter Staatsangehöriger der Europäischen Union, erkenne an, dass ich die auf der Station/in der Einheit ..... des Krankenhauses und der Poliklinik der Stadt Mezőtúr 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 Station/Einheit ..... des Krankenhauses und der Poliklinik der Stadt Mezőtúr (Fax: ..., H-5400 Mezőtúr, Kossuth út 9-11.) zukommen lasse.
Gleichzeitig nehme ich zur Kenntnis, dass die Station/Einheit, 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:
Familienname: .....
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: .....
Mezőtúr, den ..... 20.....
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)

DECLARATION CONCERNANT LE DROIT AUX SOINS GRATUITS DES RESSORTISSANTS DE L'UE

Je, soussigné(e), ressortissant(e) de l'un des pays membres de l'Union Européenne reconnais avoir bénéficié ŕ titre gracieux du traitement appliqué par le ..... service/unité de l'Hôpital de Mezőtúr. Je n'ai pas pu justifier mon droit ŕ la gratuité des soins ni au début, ni pendant la durée totale des traitements administrés. C'est pourquoi je m'engage par la présente ŕ fournir dans 15 (quinze) jours par télécopie et par lettre recommandée au service/unité.....de l'Hôpital de Mezőtúr (télécopies: ..., H-5400 Mezőtúr, Kossuth út 9-11.), ayant prodigué les soins, le formulaire prévu ŕ cet effet, ainsi que la carte d'assurée.
Je reconnais en męme temps qu'aprčs le délai imparti le service/unité ayant prodigué le traitement procédera au recouvrement juridique des charges et pourra réclamer les frais de la procédure engagée.

RENSEIGNEMENT MALADE
Nom.....
Prénom(1).....
Prénom (2).....
Adresse.....
Pays.....
Commune.....
Rue et n°.....

RENSEIGNEMENTS ASSURANCE
Organisme payeur.....
Adresse du payeur.....
Début de police d'assurance.....
Coordonnés de la personnes chargée du dossier.....

Fait ŕ Mezőtúr, le ..... jour/.....mois/20.....année

Lu et approuvé dans une langue que je comprends et parle. Ceci engage ma responsabilité.

.....
signé le (la) malade

Pičces jointes: copie de passeport, copie de carte d'identité, copie de permis de conduire (rayer la mention inutile)

En présence des témoins majeurs:

Témoin 1..... Témoin 2.....
(nom et adresse)..... (nom et adresse).....

A02 Adatlap

FELVILÁGOSÍTÁS
(AZ ELLÁTÁS VÁRHATÓ KÖLTSÉGEIRŐL)

Beteg neve: .....

Születési idő: .....év.....hó.....nap

Állampolgárság: .....

Lakcím: .....

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

Tisztelt Betegünk!

A magyarországi biztosítással vagy államközi szerződéssel nem rendelkező betegek ellátásának költsége az érintett beteget, illetve annak biztosítóját terheli. A költség meghatározása a Kórház érvényben lévő „Egészségügyi szolgáltatások térítési díj szabályzatában foglaltak" alapján történik.

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

Köszönjük, hogy kórházunkat megtisztelte bizalmával!

Mezőtúr, 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 Mezőtúr, …. (day)…….....(month)…….... (year)

…….. L.S.
signature of the physician
providing the information

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
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!

Mezőtúr,.....

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

INFORMATION
(ESTIMATIF DES SOINS)

Nom du malade.....
Né(e) le ..... jour .....mois .....année
Nationalité.....
Domicilié(e) ŕ.....
Document (passeport, carte d'identité, permis de conduire, carte d'assuré).....

Madame, Monsieur,

Les frais des prestations fournies aux patients non munis d'assurance ou de convention entre les Etats seront pris en charge soit par lesdits patients soit par leur assureur. Le montant en sera déterminé suivant les dispositions en vigueur du „Tarif des prestations médicales" appliqué par l'Hôpital.
Vu ce qui préccde, le prix estimé de votre traitement sera de ..... HUF
Merci d'avoir fait confiance ŕ notre Etablissement

Fait ŕ Mezőtúr, le ..... jour ..... mois ...20….. année

.....
Signé le médecin ayant communiqué l'information ci-dessus

(cachet)

Lu et approuvé, le traitement proposé et la prise en charge des coűts afférents au dit traitement sont acceptés.

.....
signé le patient

A remplir en 2 exemplaires
- exemplaire 1 dans une langue connue par le patient, exemplaire du malade
- exemplaire 2 en hongrois, joindre au dossier

A03 Adatlap

ADATLAP
FIZETŐ FEKVŐBETEGEK ELLÁTÁSÁRÓL SZÁMLA KÉSZÍTÉSÉHEZ

A BETEG ADATAI:

Vezetéknév: .....

Keresztnév: .....

Születési idő: .....év.....hó.....nap

Személyi igazolvány/útlevél szám: .....

Állampolgárság: .....

Lakcím:.....

A beteget ellátó osztály neve:.....

Kódja: .....

Felvétel ideje: .....év.....hó.....nap

Elbocsátás ideje: .....év.....hó.....nap

Aktív ellátás esetén:

Betegség HBCS kódja: .....megnevezése:.....

Ápolás várható időtartama: ..... nap

Súlyszám értéke:..... ... .

Súlyszám Ft értéke: .....

Krónikus ellátás esetén:

Ápolás várható időtartama: ..... nap

Mezőtúr, 20.....év.....hó.....nap

.....

Informatika

Aktív ellátásért fizetendő összeg:.....Ft

Krónikus ellátásért fizetendő öszeg: .....Ft

Mezőtúr, 20.....év.....hó.....nap

.....

Pénzügy

Tudomásul veszem, hogy a Mezőtúri Kórház és Rendelőintézetben részemre nyújtott egészségügyi ellátás költségeit meg kell fizetnem és nyilatkozom arról, hogy ezen összeget az ellátás megkezdése előtt, a számla kézhezvételét követően haladéktalanul befizetem a Kórház Pénztárába.
Tudomásul veszem, hogy a költség kalkuláció alapján megállapított díjak és az ellátás befejezésével ténylegesen fizetendő költségek eltérhetnek.

Mezőtúr, 20.....év.....hó.....nap

.....

beteg aláírása

A beteg .....Ft térítési díjat a pénztárba befizetett. A befizetés bizonylat száma:.....

Mezőtúr, 20.....év.....hó.....nap

.....

Pénztár

Meggyőződtem arról, hogy az ellátást igénylő a térítési díjat befizette. Nevezett kezelését megkezdem.

Mezőtúr, 20.....év.....hó.....nap

.....

kezelőorvos aláírása

A04 Adatlap

ADATLAP
FIZETŐ JÁRÓBETEGEK ELLÁTÁSÁRÓL SZÁMLA KÉSZÍTÉSÉHEZ

A BETEG ADATAI:

Vezetéknév: .....

Keresztnév: .....

Születési idő: .....év.....hó.....nap

Személyi igazolvány/útlevél szám: .....

Állampolgárság: .....

Lakcím: .....

A beteget ellátó rendelés: .....

kódja: .....

Ambuláns ellátás ideje:.....év.....hó.....nap

Elvégzett tevékenység (a diagnosztikai vizsgálatok is felsorolandók):

OENO (WHO) Kódja	Neve	Pontszám értéke

Elvégzett tevékenységek összpontszáma: ....

1 német pont Ft értéke:
Mezőtúr, 20.....év.....hó.....nap

.....
Informatika

Járóbeteg ellátásért fizetendő összeg:.....Ft

.....
Pénzügy

Tudomásul veszem, hogy a Mezőtúri Kórház és Rendelőintézetben részemre nyújtott egészségügyi ellátás költségeit meg kell fizetnem és nyilatkozom arról, hogy ezen összeget az ellátás megkezdése előtt, a számla kézhezvételét követően haladéktalanul befizetem a Kórház Pénztárába.

Mezőtúr, 20.....év.....hó.....nap

.....

beteg aláírása

A beteg .....Ft térítési díjat a pénztárba befizetett. A befizetés bizonylat száma:.....

Mezőtúr, 20.....év.....hó.....nap

.....

Pénztár

Meggyőződtem arról, hogy az ellátást igénylő a térítési díjat befizette. Nevezett kezelését megkezdem.

Mezőtúr, 20.....év.....hó.....nap

.....

kezelőorvos aláírása

A05 Adatlap

ÖSSZESÍTŐ
A HAVI TÉRÍTÉSKÖTELES ELLÁTÁSOKRÓL

_____ _____ év _____ hó
osztály

Sorszám	A térítésköteles ellátásban részesülő neve	A térítésköteles ellátás időpontja (ha több napos, akkor tól-ig)	Térítési díj (Ft)
Összesen:			

Mezőtúr, _____ év _____ hó _____ nap

A fentiek a valóságnak megfelelnek.

_____
osztályvezető főorvos aláírása
és orvosi pecsétje