

SZÜLŐI TÁJÉKOZTATÓ
(az ellátás várható költségeiről)

Beteg neve:.....

Születési hely, idő:.....;év ...hó ... nap

Állampolgárság:.....

Lakcím:.....

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

Törvényes képviselő neve:

Lakcím:.....

Tisztelt Törvényes képviselő!

A magyar (vagy azzal egyenértékű) biztosítással, egészségügyi ellátásra való jogosultsággal nem rendelkező betegek ellátásának költsége az érintett beteget (törvényes képviselőt) terheli. A költség meghatározása a Térítési díjszabályzatban foglaltak alapján történik.

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

Egyéb:

Budapest , 20..... évhónap

.....

felvilágosító orvos aláírása P.H.

Az előre kalkulált kezelés költségét vállalom, az összeget a vizsgálat végzése előtt/után/ kórházi felvétel napjáig/ távozáskor megfizetem. A várható költségeken kívül jelentkező költségeket a távozás napján/....-ig megfizetem.

Budapest, 20..... évhónap

Tartozáselismerő nyilatkozat

Alulírott.....

(Szül. hely..... Szül. idő:.....

Lakcím.....)

mint **törvényes képviselő** elismerem, hogy a felügyeletem alatt álló **Beteg**

.....tól.....ig (nap, hónap, év)

a Bethesda Gyermekkorházban gyógykezelés alatt állt, és a kórházból való távozáskor a kezelési és ápolási költséget nem térítettem meg maradéktalanul.

Ezzel összefüggésben elismerem, hogy térítési díj jogcímén mindösszesen ,- Ft, összegű tartozásom áll fenn.

Kijelentem, hogy a térítési díj számítására vonatkozó információkról és a tartozásom összegéről megfelelően tájékoztattak.

Budapest, 20.....

Törvényes képviselő aláírása

Tájékoztató

Kedves Szülő/Hozzá tartozó!

Köszöntjük Önt a Bethesda Gyermekkörházban.

Gyógyító közösségünk azon munkálkodik, hogy a lehető legjobb minőségű és színvonalú ellátást biztosítsuk az Ön gyermekének. Az ápolás és orvosi munkánk során igyekszünk figyelembe venni gyermeke lelki, szellemi és fizikai igényeit.

A térítés mentes ellátáshoz gyermekének érvényes Taj kártyával, vagy azzal egyenértékű biztosítással kell rendelkeznie. Ezt a dokumentumot a személyazonosításra vonatkozó dokumentummal együtt a betegfelvételi regisztrációnál kérjük bemutatni.

Amennyiben a biztosítási jogviszonyt igazoló kártya valami ok miatt nem érvényes, akkor kérjük, hogy szíveskedjen az illetékes Kormányablakhoz/biztosítójához stb. fordulni a probléma elhárításáért.

Ilyen esetben is ellátjuk a gyermekét, de ekkor térítési díjat számolunk fel az elvégzett beavatkozások, vizsgálatok, után.

Erre vonatkozó árlistát az alábbi elérhetőségen: <https://www.bethesda.hu/rolunk/kozerdeku-szabalyzatok-letoltheto-dokumentumok/>, a Térítési szabályzatunkban talál.

Amennyiben nem rendelkezik érvényes Taj kártyával, vagy azzal egyenértékű biztosítással, akkor térítési díjat számolunk fel az elvégzett vizsgálatok / beavatkozások alapján. A térítési díj számításának módja a Térítési szabályzatban található.

Az elvégzett vizsgálatok/beavatkozások után a térítési díjat az alábbi módon tudja megfizetni:

pénztárban a nyitvatartási időben H-P 7-15 óra, ügyeleti időben pedig a telephely portáján elhelyezett kártyaleolvasóval.

Felhívjuk figyelmét, hogy a fizetés elmaradása jogi következményeket von maga után.

Minden esetben kérjük az ellátás megkezdése előtt aláírni a nyilatkozatot, amelyben vállalja a térítési díj megfizetését.

A számlázással kapcsolatos esetleges észrevételeit, részletfizetési/ méltányossági kérelmét Betegkapcsolatok@bethesda.hu címre kérjük megküldeni.

Bethesda Gyermekkörház Gyógyító közössége

Budapest, 2024.04.01.