

# Betegszállítási utalvány

Beteg neve: \_\_\_\_\_

Született: év:     hó:   nap:

TAJ szám:

Lakcím:     (település) \_\_\_\_\_ (utca) \_\_\_\_\_ (hsz.)

Költségviselő: OEP:

A beteg kérésére történő fizetésköteles szállítás:

Egyéb : Név: \_\_\_\_\_ Cím: \_\_\_\_\_

## Térítési kategória

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

## A szállítás indoka:

- |                                                                                                   |                                                               |                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a beteg csak speciális testhelyzetben szállítható                        | <input type="checkbox"/> mozgásában korlátozott, járóképtelen | <input type="checkbox"/> ellátásának eredményességét a szokványos közlekedési eszközök igénybe vételéből eredő késedelem vagy más tényező veszélyeztetné |
| <input type="checkbox"/> egészségi állapota kizárja a szokványos közlekedési eszközök használatát | <input type="checkbox"/> fertőzésveszély                      |                                                                                                                                                          |

Diagnózis: \_\_\_\_\_ BNO kód:

Honnan szállítandó: \_\_\_\_\_

Hova szállítandó: \_\_\_\_\_

Helybiztosítás: nincs van: \_\_\_\_\_

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

Időre kért szállításnál

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

Teljesítés módja: ülve  fekvé  egyedileg  más beteggel együtt

Kíséret igénye: nem szükséges  betegkísérő

Megrendelő orvos bélyegzőszáma:

Szolgáltató neve, OEP kódja: \_\_\_\_\_

A megrendelés időpontja év     hó   nap   óra   perc

\_\_\_\_\_  
megrendelő orvos aláírása és bélyegzője