Ajkai Magyar Imre Kórház	**AJKAI MAGYAR IMRE KÓRHÁZ** **8400 Ajka, Korányi Frigyes u. l.**

AZ INTÉZMÉNY TÉRÍTÉSI DÍJ ELLENÉBEN IGÉNYBE VEHETŐ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK SZABÁLYZATA

Készítette: Dr. Királyné Dr. Gősi Erika főigazgató — 2025.08.01. dátum

Jóváhagyta: irányító vármegyei intézmény jóváhagyója — 2025.08.01. dátum

Minőségügyi szempontból ellenőrizte: Gerencsér Beáta mb. minőségirányítási vezető — 2025.08.01. dátum

A dokumentáció kódja:	SZMSZ-M-19
Változat száma:	11.
Hatálybalépés időpontja:	2025.08.01.
Oldalak száma:	12.
Mellékletek száma:	20.
Iktatószám:	181-17/2025/ 0500/MIG/4/0/1

MÓDOSÍTÁSOK JEGYZÉKE

Módosította aláírás / dátum	Módosítást követő verzió szám	Módosított oldalszám	Jóváhagyta aláírás / dátum	Ellenőrizte aláírás / dátum	Kibocsátás dátuma

Nyilvántartott példány: ☒ Munkapéldány: ☐

A példány sorszáma: ☐ ☐

A Szabályzat az Ajkai Magyar Imre Kórház szellemi tulajdona.
Továbbadása, sokszorosítása írásos engedélyhez kötött.
A szabályzatban szereplő információkat csak a Kórház működtetéséhez lehet felhasználni.

TARTALOMJEGYZÉK

1. SZABÁLYZAT CÉLJA 3
2. A SZABÁLYZAT ALKALMAZÁSI TERÜLETE 3
3. AZ ILLETÉKESSÉG ÉS FELELŐSSÉG MEGHATÁROZÁSA 3
4. A SZABÁLYZAT TARTALMA 3
5. A TÉRÍTÉSI DÍJAK ÁRMEGÁLLAPÍTÁSA, NYILVÁNOSSÁGRA HOZATALA, BEFIZETÉSI RENDJE 4
5.1. A TÉRÍTÉSI DÍJAK MEGÁLLAPÍTÁSA 4
5.2. A TÉRÍTÉSI DÍJAK NYILVÁNOSSÁGRA HOZATALA 4
5.3. A TÉRÍTÉSI DÍJAK SZÁMLÁZÁSA ÉS A BEFIZETÉS 4
6. MAGYAR BIZTOSÍTÁSSAL NEM RENDELKEZŐ VAGY MÁS HATÁLYOS RENDELKEZÉS ALAPJÁN MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSRA NEM JOGOSULT BETEGEK ELLÁTÁSÁNAK TÉRÍTÉSI DÍJA 6
6.1. FEKVŐBETEG SZAKELLÁTÁS TÉRÍTÉSI DÍJA 6
6.2. JÁRÓBETEG-SZAKELLÁTÁS ÉS DIAGNOSZTIKAI SZOLGÁLTATÁS TÉRÍTÉSI DÍJA 6
7. A MAGYAR BIZTOSÍTÁSSAL RENDELKEZŐ BETEGEK ÁLTAL IS CSAK TÉRÍTÉSI DÍJ ELLENÉBEN IGÉNYBE VEHETŐ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TÉRÍTÉSI DÍJA 7
7.1. A KOTELEZŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS ELLÁTÁSAI KERETÉBE NEM TARTOZÓ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TÉRÍTÉSI DÍJA 7
7.2. SZÜLÉSZET- NŐGYÓGYÁSZATI UH VIZSGÁLAT TÉRÍTÉSI DÍJA 7
7.3. 4 D ULTRAHANG FELVÉTEL TÉRÍTÉSI DÍJA 8
7.4. TERHESSÉG-MEGSZAKÍTÁS ÉS MŰVI MEDDŐVÉ TÉTEL TÉRÍTÉSI DÍJA 8
7.5. AZ ELHUNYT HŰTÉSÉÉRT FELSZÁMOLT DÍJTÉTEL 8
7.6. FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI ALKALMASSÁGI VIZSGÁLAT TÉRÍTÉSI DÍJA 8
7.7. FIZIKOTERÁPIÁS KEZELÉSEK TÉRÍTÉSI DÍJA 9
7.8. EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ MÁSOLAT KIADÁSÁNAK TÉRÍTÉSI DÍJA 9
7.9. ÁPOLÁS-SZAKMAI GYAKORLAT 9
7.10. MÁS EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK ÁLTAL KÜLDÖTT BETEGEK ELLÁTÁSÁNAK TÉRÍTÉSI DÍJ ELSZÁMOLÁSA 9
7.11 COVID-19 PCR TESZT VIZSGÁLAT 9
8. A MAGYAR BIZTOSÍTÁSSAL RENDELKEZŐ BETEGEK ÁLTAL IS CSAK RÉSZLEGES TÉRÍTÉSI DÍJ, ILLETVE TÉRÍTÉSI DÍJ ELLENÉBEN IGÉNYBE VEHETŐ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TÉRÍTÉSI DÍJA 10
8.1. KRÓNIKUS BELGYÓGYÁSZATI OSZTÁLYON ELLÁTOTT BETEG TÉRÍTÉSI DÍJA 10
8.2. AZ ÁPOLÁSI OSZTÁLYON TÖRTÉNŐ EMELTSZINTŰ ELLÁTÁS TÉRÍTÉSI DÍJA 10
9. A TÉRÍTÉSI DÍJAK MÉRSÉKLÉSE, ELENGEDÉSE 11
10. MELLÉKLETEK 11
11. DOKUMENTÁLÁSI, MÓDOSÍTÁSI ELŐÍRÁSOK 12
12. HIVATKOZÁSOK 12

1. SZABÁLYZAT CÉLJA

A Térítési díj szabályzat (a továbbiakban: Szabályzat) célja a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (a továbbiakban: NEAK) által nem térített egészségügyi ellátások illetve egyéb egészségügyi szolgáltatások térítési díjainak szabályozása, illetve a nem finanszírozott és államilag nem támogatott ellátás igénybevételekor a díjfizetés, valamint az egészségügyi, és egyéb szolgáltatások igénybevételének szabályozása, a fizetendő térítési díjak meghatározása, különös tekintettel a 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet 1. § (6) bekezdésében meghatározott kötelezettségre.

2. A SZABÁLYZAT ALKALMAZÁSI TERÜLETE

Jelen Szabályzat hatálya kiterjed az Ajkai Magyar Imre Kórház (a továbbiakban: Kórház) Szervezeti és Működési Szabályzatában szereplő valamennyi fekvő- és járóbeteg-ellátó, illetve diagnosztikai munkahelyére
Személyi hatálya kiterjed a Kórház dolgozóira, a Kórházban gyógykezelt és vizsgált betegekre.

3. AZ ILLETÉKESSÉG ÉS FELELŐSSÉG MEGHATÁROZÁSA

A szabályzat kidolgozásáért felelős:	főigazgató
A szabályzat jóváhagyásáért felelős:	irányító vármegyei intézmény jóváhagyója
A szabályzat alkalmazásáért felelősek:	a kórház valamennyi dolgozója
A szabályzatba foglaltak ellenőrzéséért felelős:	főigazgató, szakigazgatók
Az utasítás alkalmazásának, ellenőrzésének megszervezéséért a belső felülvizsgálatok során felelős:	mb. minőségirányítási vezető

4. A SZABÁLYZAT TARTALMA

Térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi ellátások:

- magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján magyar egészségügyi ellátásra nem jogosult betegek ellátásának térítési díja és megfizetésének rendje,
- magyar biztosítással rendelkező betegek által is csak térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások térítési díja és megfizetésének rendje,
- magyar biztosítással rendelkező betegek részére saját kérésükre biztosítható többletszolgáltatások térítési díja és megfizetésének rendje.

5. A TÉRÍTÉSI DÍJAK ÁRMEGÁLLAPÍTÁSA, NYILVÁNOSSÁGRA HOZATALA, BEFIZETÉSI RENDJE

5.1. A TÉRÍTÉSI DÍJAK MEGÁLLAPÍTÁSA

Az Intézmény az egészségügyi szolgáltatások részleges és teljes (a továbbiakban: térítési díj) térítési díját a 284/1997. (XII.23.) számú kormányrendelet és az Önköltség számítási Szabályzatban foglaltak alapján állapítja meg.
Az egészségügyi szolgáltatások térítési díját a szabályzat melléklete (SZMSZ-M-19/M03-M05) tartalmazza.
A térítési díjakat a jogszabályi és gazdálkodási körülmények változása miatt felül kell vizsgálni és a finanszírozás változásnak, illetve az inflációváltozásnak megfelelően korrigálni kell.
Felelős: gazdasági igazgató

5.2. A TÉRÍTÉSI DÍJAK NYILVÁNOSSÁGRA HOZATALA

Az egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó térítési díjakat az egészségügyi szolgáltatást igénybevevők részére nyilvánossá és hozzáférhetővé kell tenni.

- A Betegfelvételi Irodán a szabályzat mellékleteit képező térítési díjakat jól látható módon ki kell függeszteni.
- **A teljes szabályzatot** a belső információs rendszeren és az intézet honlapján a „Közérdekű adatok" mappában közzé kell tenni.
- Az osztályokon a szervezeti egységben végzett térítésdíj köteles ellátások térítési díjait jól látható helyen kifüggesztik.

Felelős: mb. minőségirányítási vezető

5.3. A TÉRÍTÉSI DÍJAK SZÁMLÁZÁSA ÉS A BEFIZETÉS

Tájékoztatás:

A szolgáltatás előtt az igénybe vevőnek tájékoztatást kell adni a térítési díj várható mértékéről.
Amely a jelen szabályzat adott betegre vonatkozó részeinek ismertetéséből áll.

A tájékoztatást adják: az ellátás helyén és a betegfelvételi irodán.

Dokumentálás

A szolgáltatást igénybe vevőt „Tájékoztató" 1. sz. melléklet (SZMSZ-M-19/M01. **Tájékoztató**) nyilatkoztatni kell arra vonatkozóan, hogy a várható térítési díj összegét elfogadja.
A nyilatkozatot 50.000,- Ft felett a 2. és 2/a sz. melléklet (SZMSZ-M-19/M02. **Elismervény**) szerint írásba kell foglalni.
Az egészségügyi szolgáltatás teljesítése után a **Betegfelvételi Iroda** a felmerülő költségeket a **„Tételes elszámolású lap"** 1. sz. Adatlap (SZMSZ-M-19/A01) összegyűjti, amely a számlázás alapja.
Amennyiben az érintett a tájékoztatást követően a térítési díjat nem kész megfizetni, a szolgáltatás nyújtását vissza kell utasítani.

Előleg, térítési díj behajtása nem fizetés esetén

Az Intézmény az egészségügyi szolgáltatás nyújtása előtt előleget kérhet. Amennyiben az egészségügyi szolgáltatás várható díja az 500.000.- Ft-ot meghaladja, köteles előleget kérni. Amennyiben a térítési díjat az ellátott nem fizeti meg, a díj behajtásáról a Kórház jogi úton gondoskodik.

Számla:

Az egészségügyi szolgáltatás teljesítése után az Intézmény a szolgáltatást igénybevevőnek köteles számlát kiállítani és átadni.

Az egészségügyi szolgáltatás teljesítését az Egészségügyi dokumentáció vezetésének rendjében foglaltak szerint kell igazolni.

Számlát:

- az Ajkai Pénzügyi és Számviteli csoport állíthat ki

a **A számla kiegyenlítése történhet:**

- készpénzfizetéssel
- bankkártyával
- banki átutalással
- csekkel.

A számla kiegyenlítésének devizaneme forint (HUF).

A szolgáltatást igénybe vevő a Zárójelentést a számla befizetését igazoló bizonylat bemutatása után kaphatja meg.

Készpénz átvétel

Az egészségügyi szolgáltató osztály (részleg) készpénz átvételi jogát az Intézmény Főigazgatója engedélyezi.

A készpénz átvételével megbízottak kötelesek betartani a Pénzkezelési Szabályzatban foglaltakat.

A számlázás alapja az 1. számú adatlap: „**Tételes elszámolású lap**" (SZMSZ-M-19/A01), melynek megfelelőségét a betegfelvételi iroda ellenőrzi.

Azokban az esetekben, amikor a készpénz átvételére a Pénztár nyitva tartásán (munkanapokon 7.00-13.30) túl kerül sor, az ellenérték átvétele - felelős megőrzésbe vétel mellett- a számlát kiállító osztályon történik.

Az átvett készpénzzel a legkorábbi Pénztári nyitva tartás napján 10.00 óráig kell elszámolni. Abban az esetben, ha a munkarend miatt műszakváltás történik, úgy –az elszámolás érdekében – a készpénz az átadás/átvétel tárgya kell, hogy legyen. Ebben az esetben az átvétellel megbízott köteles elszámolni.

Halasztott befizetés

Abban az esetben, ha az érintett méltányolható körülményre hivatkozással a számla ellenértékét nem egyenlítette ki, úgy az osztályvezető felelősségvállalása (szignalizáció és orvosi pecsét) mellett a gazdasági igazgató 250.000 Ft alatt, e fölött az Intézmény főigazgatója engedélyezheti a 2. sz. melléklet szerinti „Elismervény" (SZMSZ-M-19/M02) kiállításával a halasztott fizetést. A dokumentumhoz minden esetben csatolni kell a szolgáltatás igénybevételének térítési díjáról szóló „Tájékoztató"-t (SZMSZ-M-19/M01) 1. sz. melléklet. A számlázás rendjéért felelős: gazdasági igazgató

6. MAGYAR BIZTOSÍTÁSSAL NEM RENDELKEZŐ VAGY MÁS HATÁLYOS RENDELKEZÉS ALAPJÁN MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSRA NEM JOGOSULT BETEGEK ELLÁTÁSÁNAK TÉRÍTÉSI DÍJA

A járó-, és a fekvőbeteg-ellátásban igénybevett egészségügyi szolgáltatásért a magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján magyar egészségügyi ellátásra nem jogosult betegeknek (nem biztosított betegek, olyan országokból érkező betegek, amelyekkel nincs egészségügyi ellátásra vonatkozó nemzetközi egyezmény, vagy ellátásuk nem esik a biztosított egészségügyi szolgáltatások körébe, vagy nem rendelkeznek az egészségügyi ellátáshoz szükséges igazolásokkal) a jelen Szabályzat **3.számú és 8. számú mellékletében** meghatározott térítési díjat kell fizetniük.

Ezen esetek NEAK felé történő kötelező jelentése 4-es térítési kategóriában (egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján a társadalombiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybevevő személyek térítésköteles ellátása) történik.

6.1. FEKVŐBETEG SZAKELLÁTÁS TÉRÍTÉSI DÍJA

Aktív osztályokon történő ellátás esetén az ellátási díj alapja az adott eset 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 3. sz. mellékletében megadott „Homogén Betegségcsoport" (HBCS) szerinti aktuálisan érvényes besorolása. A „Homogén Betegségcsoport" listája, a hozzátartozó súlyszámmal és egyéb jellemzőivel, az Egészségügyi Közlönyben kerül közzétételre.
A térítési díj az ellátott eset besorolás szerinti súlyszám értékének és az egységnyi súlyszám Ft értékének a szorzata. Az egységnyi súlyszám Ft értéke az NEAK szerinti aktuálisan érvényben lévő országos aktív alapdíj kétszerese, jelenlegi értékét a 3. számú **8. sz. melléklet** tartalmazza.
A térítési díj tartalmazza az ellátással kapcsolatos valamennyi kiadást.

Krónikus osztályokon ápolási napra megállapított egységes napi ellátási díj fizetendő, amely tartalmazza a diagnosztikai eljárások díját is. **A térítési díj az igénybevett ápolási napok számának és a napi ellátási díjnak a szorzata.** Az igénybevett ápolási napok számának meghatározásánál a felvétel és a távozás napját fél-fél napként, azaz összesen 1 napként kell figyelembe venni. Krónikus osztályokon **a napi ellátás díja az NEAK szerinti aktuálisan érvényben lévő krónikus napi alapdíj háromszorosa,** jelenlegi értékét a 3. számú melléklete tartalmazza.

6.2. JÁRÓBETEG-SZAKELLÁTÁS ÉS DIAGNOSZTIKAI SZOLGÁLTATÁS TÉRÍTÉSI DÍJA

Járóbeteg-ellátó egységekben és diagnosztikai munkahelyen az egészségügyi szolgáltatást járó-betegként igénybevevőnek az elvégzett vizsgálatokért térítési díjat kell fizetni.
A térítési díj számításának alapja az ellátás során végzett tevékenységek (vizsgálatok, beavatkozások) 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 2. sz. melléklete szerinti aktuálisan **érvényes összesített WHO pontértéke.**

A tevékenységlista és a hozzátartozó pontértékek az Egészségügyi Közlönyben kerülnek közzétételre.

A térítési díj a szolgáltatási tételek összesített pontértékének és az egységnyi pontszám Ft értékének a szorzata.

Az egységnyi pontszám Ft értéke az NEAK szerinti aktuálisan érvényben lévő országos **járó alapdíj négyszeres szorzata.**

A nem Sürgősségi Betegellátó osztály által indikált CT vizsgálatokért az egészségügyi ellátásra nem jogosult járóbetegek az alábbiak szerint megállapított térítési díjat fizetnek:

CT vizsgálatok térítési díja	Ft
Agykoponya natív CT vizsgálata	15 000
Agykoponya CT vizsgálat iv. kontrasztanyag adását követőleg	25 000
Agykoponya CT vizsgálat natív plusz iv. kontrasztanyag adását követőleg	35 000
Orbita célzott CT vizsgálata natív (vékonyszeletes)	15 000
Arckoponya CT vizsgálata natív	15 000
Gerinc CT vizsgálata (min. 2 csigolya szegmentum) natív	15 000
Nyaki lágyrész CT vizsgálata natív	15 000
Nyaki lágyrész CT vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag adását követőleg	35 000
Mellkas CT vizsgálata natív	15 000
Mellkas CT vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag adását követőleg	35 000
Teljes has CT vizsgálata natív	15 000

7. A MAGYAR BIZTOSÍTÁSSAL RENDELKEZŐ BETEGEK ÁLTAL IS CSAK TÉRÍTÉSI DÍJ ELLENÉBEN IGÉNYBE VEHETŐ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TÉRÍTÉSI DÍJA

A biztosított által is csak a költségek teljes térítése mellett vehetők igénybe a társadalombiztosítás által nem finanszírozott egészségügyi szolgáltatások. A térítési díj ellenében igénybe vehető beteg ellátásának dokumentálása „4-es" térítési kategóriával (egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján az egészségbiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítésköteles ellátása) történik, a jelen szabályzat 4. számú melléklet.

7.1. A KÖTELEZŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS ELLÁTÁSAI KERETÉBE NEM TARTOZÓ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TÉRÍTÉSI DÍJA

A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretében igénybe nem vehető egyes egészségügyi szolgáltatások körét és térítési díját a 284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet tartalmazza.
A rendelet változásait a Szabályzat automatikusan követi.
A biztosított betegek számára is csak térítés ellenében nyújtható egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjait a Korm. rendelettel összhangban a 4. számú melléklet tartalmazza.

7.2. SZÜLÉSZET- NŐGYÓGYÁSZATI UH VIZSGÁLAT TÉRÍTÉSI DÍJA

Ultrahang vizsgálatkor, amennyiben az ellátott kéri a felvételt, úgy annak díját a melléklet tartalmazza. A térítési díj befizetése jelen szabályzat 5.3. bekezdése szerint történhet.

7.3. 4 D ULTRAHANG FELVÉTEL TÉRÍTÉSI DÍJA

Intézetünk lehetőséget biztosít várandós anyák részére speciális UH vizsgálat igénybe vételére.

A vizsgálat elvégzésének feltétele: előzetes időpont egyeztetés a vizsgálatra, valamint a térítési díj befizetése. A térítési díj befizetése jelen szabályzat 5.3. bekezdése szerint történhet.

7.4. TERHESSÉG-MEGSZAKÍTÁS ÉS MŰVI MEDDŐVÉ TÉTEL TÉRÍTÉSI DÍJA

Az Ebtv. 18. §-a, valamint a végrehajtásáról szóló 46/1997. (XII.17.) NM rendelet értelmében a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátások közül Kórházunkban végzett ellátások:

56900 Terhesség-megszakítás, nem orvosi indikációra

A nem orvosi indikációra végzett terhesség megszakítás térítési díjáról a 32/1992. (XII.23.) NM rendelet intézkedik, amely a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. tv. végrehajtását szabályozza.

A terhesség megszakítás díját a kérelmező az Egészségbiztosítási Alap számlájára fizeti be.

A beavatkozás elvégzésének feltétele a térítési díj befizetésének igazolása.

59810 Sterilizáció, nem orvosi indikációra

A biztosított kérésére végzett művi meddővé tétel térítési díját a melléklet tartalmazza.

A térítési díjat a beavatkozásra váró jelen szabályzat 5.3. bekezdése szerint fizeti be.

A beavatkozás kérelmezéséhez szükséges formanyomtatvány a Szülészet-nőgyógyászati osztályon kerül kitöltésre és archiválásra.

7.5. AZ ELHUNYT HŰTÉSÉÉRT FELSZÁMOLT DÍJTÉTEL

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a halottakkal kapcsolatos rendelkezései végrehajtásáról, valamint a rendkívüli halál esetén követendő eljárásról szóló 351/2013. Korm. rend. 38,§. alapján a halott tárolásának, hűtésének költségei a halott-vizsgálati bizonyítvány kiállítását követő első munkanapig vagy a temetési engedélyben a temetés legközelebbi időpontjaként megjelölt napig természetes halál esetén a kórbonctani vizsgálatot végző intézmény, nem természetes halál esetén az ügyben eljáró hatóság viseli.

A halott hűtés térítési díját a melléklet tartalmazza. A térítési díjat a hozzátartozó/eltemettető jelen szabályzat 5.3. bekezdése szerint fizeti be.

7.6. FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI ALKALMASSÁGI VIZSGÁLAT TÉRÍTÉSI DÍJA

Az Ebtv. 18. § (6) bekezdése alapján térítési díj ellenében vehetők igénybe a külön jogszabályban meghatározott foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások, amennyiben azok nem az ellátást igénybe vevő biztosított foglalkozási megbetegedése, illetőleg üzemi balesete miatt váltak szükségessé.

A foglalkozás-egészségügyi alkalmassági vizsgálat keretében az intézménnyel szerződésben nem álló munkavállalók részére, eltérő megállapodás hiányában - munkáltatójuk megkeresésére, vagy azok önálló kezdeményezésére - a foglalkozás-egészségügyi szolgálatról szóló 89/1995. (VII.14.) Korm. rendelet alapján a melléklet szerinti térítési díjakat kell alkalmazni. A kormányrendelet változását a mellékletben szereplő adatok automatikusan követik.

Egyedi megállapodás alapján a vizsgálati díjak a fentiektől eltérhetnek.

7.7. FIZIKOTERÁPIÁS KEZELÉSEK TÉRÍTÉSI DÍJA

Fizioterápiás egységünkben lehetőség van a TB finanszírozott ellátástól térben és időben elkülönítetten végzett térítésköteles gyógytorna, gyógy masszázs és fizikoterápiás kezelések igénybevételére.
Amennyiben a szolgáltatást kérő nem rendelkezik szakorvosi javaslattal, akkor a javaslat szakrendelőben kérhető. A fizioterápiás kezelések térítési díját a kezelés előtt, jelen szabályzat 5.3. bekezdése szerint kell befizetni. A térítési díj csak a kezelés elmaradása esetén fizetendő vissza a kezelést végző igazolása és a befizetést igazoló számla vagy nyugta bemutatásával. A fizioterápiás rendelések térítési díját a melléklet tartalmazza.

7.8. EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ MÁSOLAT KIADÁSÁNAK TÉRÍTÉSI DÍJA

Az egészségügyi dokumentációnak a betegek által történő megismerésével kapcsolatosan az egységes eljárás érdekében ezúton tájékoztatom Önöket, hogy az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 24. §-a alapján az (EU) 2016/679 európai parlamenti és tanácsi rendelet (általános adatvédelmi rendelet), és az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (Eüak.) rendelkezései irányadóak. Az Eüak. 7. § (3) bekezdése alapján az érintettnek az általános adatvédelmi rendelet 15. cikk (3) bekezdésében meghatározott. a betegnek átadott személyes adatokat tartalmazó első másolati példányt ingyenesen kell az érintett rendelkezésére bocsátani, az ezen felüli minden további másolatáért díjat kell fizetni.
A másolat kiadása a betegfelvételi irodában történik, a térítési díj befizetését követően.
A befizetés jelen szabályzat 5.3. bekezdése szerint történhet.
A betegdokumentáció részét képező adatszolgáltatással kapcsolatos térítési díjakat a melléklet tartalmazza.

7.9. ÁPOLÁS-SZAKMAI GYAKORLAT

Az intézet ápolás- szakmai gyakorlat elvégzésére nyújt lehetőséget térítési díj ellenében.

A térítési díjat a képző intézménnyel kötött együttműködési megállapodás alapján a képző intézmény átutalással egyenlíti ki, vagy a hallgató az ápolási igazgató által kiadott „Befogadó nyilatkozat"alapján a gyakorlat megkezdése előtt a kórháznak, jelen szabályzat 5.3. bekezdése szerint fizeti meg.

7.10. MÁS EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK ÁLTAL KÜLDÖTT BETEGEK ELLÁTÁSÁNAK TÉRÍTÉSI DÍJ ELSZÁMOLÁSA

Az elszámolás alapja a járó –fekvő ellátásoknak a NEAK által meghatározott, érvényben lévő alapdíj szorozva a megállapított súlyszámmal/német ponttal/krónikus nappal.

7.11. COVID- 19 PCR TESZT VIZSGÁLAT

Az Ajkai Magyar Imre Kórház a térítés mértékét: 19.500 forintban határozza meg.
I. Mintavétel helye: Ajkai Magyar Imre Kórház, B épület, Infektológiai osztály

II. Mintavétel térítése:
A térítési díját a mintavétel előtt, jelen szabályzat 5.3. bekezdése szerint sárga csekken vagy banki átutalással kell befizetni. Sárga csekk a Főportán kérhető.

8. A MAGYAR BIZTOSÍTÁSSAL RENDELKEZŐ BETEGEK ÁLTAL IS CSAK RÉSZLEGES TÉRÍTÉSI DÍJ, ILLETVE TÉRÍTÉSI DÍJ ELLENÉBEN IGÉNYBE VEHETŐ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TÉRÍTÉSI DÍJA

8.1. KRÓNIKUS BELGYÓGYÁSZATI OSZTÁLYON ELLÁTOTT BETEG TÉRÍTÉSI DÍJA

A Krónikus Belgyógyászati osztályon történő ellátás igénybevétele esetén,
Az elhelyezésről megállapodás készül, melyet a Kórház részéről az osztály vezetője vagy helyettese írhat alá. **6. számú melléklet** SZMSZ-M-19/M06.: Nyilatkozat 1.

A Krónikus Belgyógyászati osztályon az első 3 hónapban az ellátás ingyenes. A díjat havonta előre kell megfizetni jelen szabályzat 5.3. bekezdése szerint. Amennyiben a befizetett napok számánál rövidebb ideig volt szükség az ellátásra, a díj arányosan visszafizetésre kerül a Megállapodást Kórház részéről aláíró személy igazolása mellett.

Krónikus Belgyógyászati osztályon történő betegellátás:

- 24 órás szakápolási tevékenységet és szükség szerint orvosi felügyelet
- Gyógytorna, fizioterápiás kezelések szükség szerinti alkalmazását
- Egyéb beavatkozások, pl. logopédia, pszichológus
- Szükség esetén orvosi konzílium biztosítása.
- Egyénre szabott étrendet, melyet dietetikus állít össze.

8.2. AZ ÁPOLÁSI OSZTÁLYON TÖRTÉNŐ EMELTSZINTŰ ELLÁTÁS TÉRÍTÉSI DÍJA

Az Ápolási osztályon, krónikus ágyon történő emelt szintű ápolási szolgáltatás igénybevétele esetén térítési díjat kell fizetni.
A szolgáltatás tartalmazza:

- Állapotának megfelelő, egyénre szabott ápolást
- 24 órás szakápolási tevékenységet és szükség szerint orvosi felügyeletet biztosítunk
- Gyógytorna, fizioterápiás kezelések szükség szerinti alkalmazását
- Mentális irányítást a függőség, szorongás érzésének leküzdésére
- Mobilizációt speciális technikai eszközökkel
- Egyszer-használatos termékeket az incontinentia ellátásában
- Krónikus sebek szakszerű ellátását, speciális sebkezelési technikák alkalmazását, korszerű decubitus - prevenciót
- Beteg tanítása, oktatása is az osztály feladatát képezi
- Pszichés gondozást, lelkész, szociális munkás bevonásával
- Egyénre szabott étrendet, melyet dietetikus állít össze.
- Szükség esetén orvosi konzílium biztosítása.

A szolgáltatás térítési díját az 5. számú melléklet tartalmazza.
Az elhelyezésről megállapodás készül, melyet a Kórház részéről az ápolási osztály vezetője vagy helyettese írhat alá. **7. számú melléklet** SZMSZ-M-19/M07. Nyilatkozat2.
Az ápolási díjat havonta előre kell megfizetni jelen szabályzat 5.3. bekezdése szerint.
Amennyiben az ápolásra a befizetett napok számánál rövidebb ideig volt szükség, az ápolási díj arányosan visszafizetésre kerül a Megállapodást Kórház részéről aláíró személy igazolása mellett.

9. A TÉRÍTÉSI DÍJAK MÉRSÉKLÉSE, ELENGEDÉSE

A. Ápolási osztály szolgáltatás igénybevétele esetén biztosított méltányossági kedvezmények:
a kórházban dolgozók következőkben felsorolt hozzátartozói férj, feleség, gyermek, szülő, testvér, élettárs, anyós, após) a térítési díj 50 %-át fizetik.

B. Fizikoterápiás kezelések igénybevétele esetén biztosított méltányossági kedvezmények: a kórházban aktív dolgozók-50 %-os kedvezménnyel vehetők igénybe.

10. MELLÉKLETEK

SZMSZ-M-19/M01. Tájékoztató

SZMSZ-M-19/M02. Elismervény

SZMSZ-M-19/M03 Magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján magyar egészségügyi ellátásra nem jogosult betegek ellátásának térítési díja

SZMSZ-M-19/M04. Magyar biztosítással rendelkező betegek által is csak térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások térítési díja

SZMSZ-M-19/M05. Magyar biztosítással rendelkező betegek által is csak részleges térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások térítési díja

SZMSZ-M-19/M06 Nyilatkozat 1. (Krónikus Belgyógyászati osztályon ellátott beteg)

SZMSZ-M-19/M07. Nyilatkozat 2. (Ápolási osztályon való elhelyezéskor)

SZMSZ-M-19/M08 TAJ számmal nem rendelkező, CT szolgáltatást igénybevevő beteg által fizetendő térítési díjak

SZMSZ-M-19/M09 Országkódok Európai egészségbiztosítási kártya alkalmazásához

SZMSZ-M-19/M10 Államközi egyezményben részes államok, Egészségügyi együttműködési egyezmények alapján az ellátás dokumentálása

SZMSZ-M-19/M11 Felvilágosítás a tervezett ellátás várható költségéről

SZMSZ-M-19/M12 Felvilágosítás a tervezett ellátás várható költségéről (angol nyelvű)

SZMSZ-M-19/M13 Felvilágosítás a tervezett ellátás várható költségéről (német nyelvű)

SZMSZ-M-19/M14 Nyilatkozat eu állampolgár térítésmentes ellátás igénybevételéről

SZMSZ-M-19/M15 Nyilatkozat eu állampolgár térítésmentes ellátás igénybevételéről (angol nyelvű)

SZMSZ-M-19/M16 Nyilatkozat eu állampolgár térítésmentes ellátás igénybevételéről (német nyelvű)

SZMSZ-M-19/M17 Elismervény

SZMSZ-M-19/M18 Elismervény (angol nyelvű)

SZMSZ-M-19/M19 Elismervény (német nyelvű)

SZMSZ-M-19/A01 Tételes elszámolású lap

11. DOKUMENTÁLÁSI, MÓDOSÍTÁSI ELŐÍRÁSOK

A Szabályzat az ME 01 „Minőségirányítási kézikönyv Dokumentumok és feljegyzések kezelése, dokumentált információk" című eljárás szerint módosítható.

12. HIVATKOZÁSOK

284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról

1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól

43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

32/1992. (XII. 23.)NM rendelet a magzati élet védelméről szóló1992.éviLXXIX. törvény végrehajtásáról

9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről

46/1997. (XII. 17.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátásokról

Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 7.§ (3) bekezdése,

Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete (GDPR) 15. cikkének (3) bekezdése

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 24. §-ának idevonatkozó rendelkezései

52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról

1408/71/EGK rendelet a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról

883/2004/EK rendelet a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról, valamint a végrehajtásáról szóló 987/2009/EK rendelet

28/2020. (VIII. 19.) EMMI rendelet a Magyarország területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának, valamint az egészségügyi szolgáltatás biztosítására kötött megállapodás egyes szabályairól

2019. évi CXXII. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

351/2013. (X.4.) Korm. rendelet a halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról

89/1995 (VII. 14.) Korm. rendelet a foglalkozás-egészségügyi szolgálatról

340/2013. (IX.25.) Korm. rendelet a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályiról

1. számú melléklet

T Á J É K O Z T A T Ó

Alulírott.....

Születési hely..... idő: .....

Állandó lakcím:.....

.....
(ország, utca, házszám, irányítószám, város)

.....

(a biztosító neve és címe).....(biztosítási száma)

tudomásul vettem és elfogadtam, hogy az általam igénybe venni kívánt egészségügyi szolgáltatás térítési díja ..... Ft azaz .....

.....Ft amelynek ellenértékét gyógykezelésem befejezésekor az Intézmény részére
pénztárba történő befizetéssel, (készpénzben vagy bankkártyás fizetéssel),
csekken,
utalással

kívánok kiegyenlíteni.*

Aláírás: .....

Személyazonosító szám: .....

Ajka, 20 .....

* Megfelelő rész aláhúzandó!

2. számú melléklet

E L I S M E R V É N Y

Alulírott.....

Születési hely..... idő: .....

Állandó lakcím:.....

.....
(ország, utca, házszám, irányítószám, város)

.....

(a biztosító neve és címe).....(biztosítási száma)

elismerem, hogy .....-tól .....ig (nap,hónap,év)

összesen ..... napot a ..... kórházban

.....(város) gyógykezelés alatt álltam.

A kórházból való távozásom alkalmával a kezelési és ápolási költségeket.....Ftazaz .....Ft összegben nem térítettem meg.

Az egészségügyi szolgáltatás ellenértékét az Ajkai Magyar Imre Kórház 8400 Ajka, Korányi F. u. 1. címre befizetem, illetve a Magyar Államkincstárnál vezetett 10048005-00324429-00000000 számú bankszámlájára 15 napon belül átutalom.

Ajka, 20.....

Aláírás: .....

Útlevélszám: .....

Tanú: .....
oszt.vez.- pcs.

Tanú: .....

Kapják: 1.Címzett (Gyógykezelt)
2. Ajkai Magyar Imre Kórház Pénzügyi-Számviteli csoport
3. Irattár

* Megfelelő rész aláhúzandó!

2/a. számú melléklet

E L I S M E R V É N Y

Alulírott.....

Születési hely..... idő: .....

Állandó lakcím:.....

.....
(ország, utca, házszám, irányítószám, város)

.....

tudomásul vettem és elfogadtam, hogy az általam igénybe venni kívánt egészségügyi szolgáltatás COVID-19 PCR teszt vizsgálat térítési díja 19 500. Ft.

amelynek ellenértékét a vizsgálat megkezdése előtt köteles vagyok befizetni az Intézmény részére

csekken és a befizetést igazoló szelvény másolatát a mintavétel előtt átadni.

Aláírás: .....

Személyazonosító szám: .....

Ajka, 20 .....

3. számú mellékletet

MAGYAR BIZTOSÍTÁSSAL NEM RENDELKEZŐ VAGY MÁS HATÁLYOS RENDELKEZÉS ALAPJÁN MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSRA NEM JOGOSULT BETEGEK ELLÁTÁSÁNAK TÉRÍTÉSI DÍJA

ELLÁTÁSI FORMA	TÉRÍTÉSI DÍJ:
Aktív fekvőbeteg ellátás	aktuális HBCS besorolás * 420.000,- Ft
Krónikus fekvőbeteg ellátás	igénybe vett ápolási napok száma * 19.800,- Ft
Járóbeteg-szakellátás és diagnosztikai szolgáltatás	az ellátás összesített WHO pontszáma * 8,4,- Ft

4. számú melléklet

A MAGYAR BIZTOSÍTÁSSAL RENDELKEZŐ BETEGEK ÁLTAL IS CSAK TÉRÍTÉSI DÍJ ELLENÉBEN IGÉNYBE VEHETŐ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TÉRÍTÉSI DÍJA

1. A KÖTELEZŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS ELLÁTÁSAI KERETÉBEN IGÉNYBE NEM VEHETŐ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TÉRÍTÉSI DÍJA

	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 000Ft**
2.	Lőfegyvert tartani szándékozó, illetve tartó, vallamint előtöltő fegyvert vadászati célra használni szándékozó, illetve használó személyek (II. csoport) alkalmassági vizsgálata	
	A) orvosi 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. életévet 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	
	ba) első fokon	**7 200 Ft**
	bb) 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. életévet 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 orvos- szakértői 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	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 700Ft**
	ab) időszakos vizsgálat	**16 100 Ft**
	b) 2. egészségügyi osztály	
	ba) első, illetve kibővített (terheléses EKG vizsgálatra is kiterjedő) vizsgálat	**13 800Ft**
	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 járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló miniszteri rendelet szerint kötelezően elrendelt szűrővizsgálat keretében, vagy nem kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és 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	**6 000 Ft/fő/eset**
	b) a büntetésként kiszabott közérdekű munka végrehajtásához szükséges szakvélemény esetén	**6 000 Ft/fő/eset**
	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 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**

2. NŐGYÓGYÁSZATI UH VIZSGÁLAT TÉRÍTÉSI DÍJA

	TÉRÍTÉSI DÍJ:
Nőgyógyászati, szülészeti UH vizsgálat felvétele	**500,- Ft/db**

3. 4 D ULTRAHANG FELVÉTEL TÉRÍTÉSI DÍJA

	ALAPÉRTÉK	TÉRÍTÉSI DÍJ:
Vizsgálat	**10.000 Ft**	**7.000,- Ft**
Első felvétel rögzítése adathordozóra	**500 Ft**	**1000,- Ft**
További felvételek	**500 Ft**	**felvételek száma * 500,- Ft**

4. MŰVI MEDDŐVÉ TÉTEL DÍJA

	TÉRÍTÉSI DÍJ:
Művi meddővé tétel (nem egészségügyi indokból végzett)	**80.000,- Ft**

5. AZ ELHUNYT HŰTÉSÉÉRT FELSZÁMOLT DÍJTÉTEL

HŰTÉS	TÉRÍTÉSI DÍJ:
1. nap	**4000 Ft + ÁFA**
2 nap	**4000 Ft + ÁFA**
3. nap	**4000 Ft + ÁFA**
4 naptól	**6.000 Ft + ÁFA**

Az elhunyt átadásáért és hűtéséért fizetendő díjtétel a halotti bizonyítvány kiállítását követő első munkanapig az intézményt terheli a 351/2013 Kr. rendelet alapján. !

Halottkezeléssel kapcsolatos szolgáltatások térítési díjai

Az intézményben illetve az intézményen kívül elhunytak halott kezelési szolgáltatásainak térítési díjai

Halotthűtés

A „ Halottvizsgálati Bizonyítvány ", vagy temetési engedély kiállításától* számított 1 . munkanapig, vagy a temetési engedélyben a temetés legközelebbi időpontjaként megjelölt napig	díjmentes
A „Halottvizsgálati Bizonyítvány", vagy temetési engedély kiállításától* számított 2. munkanaptól minden megkezdett napra vonatkozóan	3 000 Ft + ÁFA / nap
Halott öltöztetési díja	12 000 Ft + ÁFA
Boncolás teljes belszervi vizsgálattal (Csak NEAK által nem finanszírozott esetekben)	120 000 Ft
Boncolás részleges belszervi vizsgálattal (Csak NEAK által nem finanszírozott esetekben)	80 000 Ft
Boncolás mellőzése esetén végzett adminisztrációs tevékenység (Csak NEAK által nem finanszírozott esetekben)	10.000 Ft + ÁFA

6. FOGLALKOZÁS EGÉSZSÉGÜGY SZOLGÁLAT VÉGZÉSÉNEK TÉRÍTÉSI DÍJA

SZERVEZET	KATEGÓRIA	TÉRÍTÉSI DÍJ:
Vállalkozások	„A" kategória	**11 920 Ft/fő/év**
	„B" kategória	**9 960 Ft/fő/év**
	„C" kategória	**7 840 Ft/fő/év**
	„D" kategória	**5 720 Ft/fő/év**
Költségvetési intézmények	„A-D" kategória:	**5000-5.300 Ft/fő/év**
Egyedi megállapodás alapján a vizsgálati díj a fentiektől eltérhetnek.		

7. FIZIKOTERÁPIÁS KEZELÉSEK TÉRÍTÉSI DÍJA

TERÁPIA	TÍPUSA	KEZELÉS IDŐTARTAMA	TÉRÍTÉSI DÍJ FT/FŐ/ALKALOM
GYÓGYTORNA	**Tornatermi egyéni foglalkozás**	**30 perc**	**2.500,- Ft**
	McKenzie, Bobath, Ortopéd manuál terápia,	**30 perc**	**3.000,- Ft**
	Gyermek rehabilitációs gyógytorna	**30 perc**	**3.000,- Ft**
	Tornatermi csoportos foglalkozás	**30 perc**	**1.500,- Ft**
GYÓGYMASSZÁZS	**Rész test**	**10 perc**	**2.500,- Ft**
	Egész test	**60 perc**	**3.500,- Ft**
FIZIKOTERÁPIA	**Elektromos terápia (Ultrahang, Interferencia, TENS, Diadinamic, Szelektív ingeráram, Galván-Iontoforézis)**	**10 perc**	**700,- Ft**

Kórház aktív dolgozói 50 %-os kedvezménnyel vehetik igénybe.

8. EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ MÁSOLAT KIADÁSÁNAK TÉRÍTÉSI DÍJA

DOKUMENTÁCIÓ		MÁSOLAT KÉSZÍTÉS DÍJA MÁSODIK MÁSOLATTÓL KEZDŐDŐEN	TÉRÍTÉSI DÍJ:
1 évnél nem régebbi egészségügyi dokumentáció másolata esetén		300,- ,- Ft/oldal	másolási díj
1-5 év közötti egészségügyi dokumentáció másolata esetén		300,- ,- Ft/oldal	másolási díj
5 évnél régebbi egészségügyi dokumentáció másolata esetén		300,- ,- Ft/oldal	másolási díj
Pontos születési időpont (óra, perc) kiadása esetén			5000,-Ft
Röntgen vizsgálati képanyag másolása		1.500,- Ft	Másolatok száma * 1.500,- Ft

9. ÁPOLÁS-SZAKMAI GYAKORLAT TÉRÍTÉSI DÍJA

	ALAPÉRTÉK	TÉRÍTÉSI DÍJ:
Ápolásszakmai gyakorlat	1.000,- Ft/fő	igénybe vett napok száma * 1.000,- Ft

5. számú melléklet

A MAGYAR BIZTOSÍTÁSSAL RENDELKEZŐ BETEGEK ÁLTAL IS CSAK KIEGÉSZÍTŐ TÉRÍTÉSI DÍJ, ILLETVE TÉRÍTÉSI DÍJ ELLENÉBEN IGÉNYBE VEHETŐ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TÉRÍTÉSI DÍJA

1. KRÓNIKUS BELGYÓGYÁSZATON ELLÁTOTT BETEG TÉRÍTÉSI DÍJA

TERÜLETEN KÍVÜLI BETEG		
	ALAPÉRTÉK	KIEGÉSZÍTŐ TÉRÍTÉSI DÍJ:
Az ellátás 3. hónap 1. napjától (800,-Ft)	800,-Ft	igénybevett ápolási napok száma * 800,-Ft
Az ellátás 365. napjától	5000,- Ft	igénybe vett ápolási napok száma * 5000,- Ft

2. AZ ÁPOLÁSI OSZTÁLYON TÖRTÉNŐ EMELT SZINTŰ ELLÁTÁS TÉRÍTÉSI DÍJA

IDŐSZAK	ALAPÉRTÉK	TÉRÍTÉSI DÍJ:	
Az ellátás első napjától	5.000,- Ft	igénybe vett ápolási napok száma * 5.000,- Ft	365. naptól napi 7.000,- Ft, hatályba lépés: új felvétel esetén

6. számú melléklet

Nyilatkozat 1.

(Krónikus Belgyógyászati osztályon ellátott beteg)

Alulírott .....(név)..... (lakcím)

.....(beteg neve) ..... (beteg TAJ száma)

ellátásban részesülő hozzátartozója vállalom, és tudomásul veszem, hogy :

A **Krónikus Belgyógyászati osztályon** ápolási díjjal finanszírozott biztosított után a kiegészítő térítési díj:

	ALAPÉRTÉK	KIEGÉSZÍTŐ TÉRÍTÉSI DÍJ:
Az ellátás 3. hónap 1. napjától	**800,- Ft**	**igénybe vett ápolási napok száma * 800,- Ft**
Az ellátás 365. napjától	**5000,- Ft**	**igénybe vett ápolási napok száma * 5000,- Ft**

A kiegészítő térítési díjat
a tárgyhónapra vonatkozóan a tárgyhó 15-éig kell befizetni.

- Hó közi eltávozás esetén az időarányos térítési díj visszafizetésre kerül.

A kiegészítő térítési díj befizetés az alábbi módon lehetséges:

- a kórház pénztárában (készpénzben vagy bankkártyás fizetéssel),
- csekken
- utalással

Ajka, 20.....

....

osztályvezető hozzátartozó aláírása
(rokoni kapcsolat megjelölésével)

7. számú melléklet

Nyilatkozat 2.

Alulírott .....(név)..... (lakcím)

.....(beteg neve) ..... (beteg TAJ száma)

ellátásban részesülő hozzátartozója vállalom, és tudomásul veszem, hogy :

Az **Ápolási osztályon** történő elhelyezés emelt szintű ellátás esetén ápolási díjjal finanszírozott biztosított után a térítési díj:

	ALAPÉRTÉK	TÉRÍTÉSI DÍJ:
Ellátás első napjától	**5.000,- Ft**	**igénybe vett ápolási napok száma * 5.000,- Ft**
Ellátás 365. napjától	**7.000.-Ft**	**igénybe vett ápolási napok száma * 7.000,- Ft**

A térítési díjat emelt szintű ellátás esetén az Ápolási osztályra kerülés első napjától fizetni kell.

- A-térítési díjat hó közi felvételkor, a felvétel napján vagy az azt követő napon, a továbbiakban a tárgyhónapra vonatkozóan a tárgyhó 15-éig kell befizetni.
- Hó közi eltávozás esetén az időarányos térítési díj visszafizetésre kerül.

Térítési díj befizetés az alábbi módon lehetséges:

- a kórház pénztárában, (készpénzben vagy bankkártyás fizetéssel),
- csekken,
- utalással.

Ajka, 20.....

....

ápolási osztály
osztályvezető

hozzátartozó aláírása
(rokoni kapcsolat megjelölésével)

8. számú melléklet

Tajszámmal nem rendelkező, CT szolgáltatást igénybevevő beteg által fizetendő térítési díjak 2018.08.01-től

CT vizsgálat árak:		
WHO:	Megnevezés:	Ára:
>>	Orvosi konzultáció (lelet magyarázat) igény szerint:	12.000,-Ft
34410	Agykoponya CT natív	9.500,-Ft
34411	Agykoponya CT vizsgálat iv. kontraszanyag adását követőleg	20.000,-Ft
34412	Agykoponyan ŰCT vizsgálat natív plusz iv. kontrasztanyag adását követőleg	29.500,-Ft
34413	Sella célzott CT vizsgálat (vékonyszeletes)	9.500,-Ft
34414	Sella célzott CT vizsgálat natív plusz kontrasztanyagos	30.000,-Ft
34415	Orbita célzott CT vizsgálata natív (vékonyszelete)	9.500,-Ft
34416	Orbita célzott CT vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyagos (vékonyszeletes)	30.000,-Ft
34417	Belső fül célzott CT vizsgálata natív (vékonyszeletes)	9.500,-Ft
34418	Belső fül célzott CT vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag adását követőleg	30.000,-Ft
34421	Arckoponya CT vizsgálata natív plusz kontrasztanyag adását követőleg	30.000,-Ft
34422	Arckoponya CT vizsgálata natív	9.500,-Ft
34424	Gerinc CT vizsgálata (min. 2 csigolya szegmentum) natív régiónként	9.500,-Ft
34425	Gerinc CT vizsgálata (min. 2 csigolya szegmentum) iv. kontrasztanyag adását követőleg régiónként	25.000,-Ft
34427	Gerinc CT vizsgálata (min. 2 csigolya szegmentum) natív plusz iv. Kontrasztanyag adását követőleg régiónként	34.500,-Ft
34430	Nyaki lágyrész CT vizsgálata natív	9.500,-Ft
34431	Nyaki lágyrész CT vizsgálata iv. kontrasztanyag adását követőleg	23.500,-Ft
34432	Nyaki lágyrész CT vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag adását követőleg	32.500,-Ft
34440	Mellkas CT vizsgálata natív	12.500,-Ft
34441	Mellkas CT vizsgálata iv. kontrasztanyag adását követőleg	26.000,-Ft
34442	Mellkas CT vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag adását követőleg	38.500,-Ft
34453	Teljes has és medence CT vizsgálata natív	21.000,-Ft
34454	Teljes has és medence CT vizsgálata natív plusz kontrasztos	60.000,-Ft
34470	Végtag CT vizsgálata natív	9.500,-Ft
34471	Végtag CT vizsgálata iv. kontrasztanyag adását követőleg	21.500,-Ft
34472	Végtag CT vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag adádát követőleg	31.000,-Ft
34490	CT angiográfia koponya	23.000,-Ft
34491	CT angiográfia nyak	23.000,-Ft
34492	CT angiográfia mellkas	24.500,-Ft
34493	CT angiográfia teljes has	24.500,-Ft
34494	CT angiográfia medence	23.000,-Ft
CT vizsgálat árak:		
>>	Cardio Ct	168.000,-Ft

9. számú melléklet

Országkódok az európai egészségbiztosítási kártya alkalmazásához

Sorszám	Országkód	Megnevezés
1.	AT	Ausztria
2.	BE	Belgium
3.	BG	Bulgária
4.	CY	Ciprus
5.	CZ	Csehország
6.	DK	Dánia
7.	EE	Észtország
8.	FI	Finnország
9.	FR	Franciaország
10.	GR	Görögország
11.	HR	Horvátország
12.	IS	Izland
13.	IE	Írország
14.	IT	Olaszország
15.	LV	Lettország
16.	LI	Liechtenstein
17.	LT	Litvánia
18.	LU	Luxemburg
19.	DE	Németország
20.	NO	Norvégia
21.	MT	Málta
22.	NL	Hollandia
23.	PL	Lengyelország
24.	PT	Portugália
25.	RO	Románia
26.	ES	Spanyolország
27.	SE	Svédország
28.	SK	Szlovákia
29.	SI	Szlovénia
30.	UK	Egyesült Királyság (Nagy-Britannia)
31.	CH	Svájc (EGT szerint kezelendő)

10. számú melléklet

Államközi egyezményben részes államok

Sorszám Államközi egyezmények

1. Angola (17/1984.(II.27.) MT rendelet)
2. Észak-Korea (14/1975.(V.14.) MT rendelet) - csak a Koreai Népi Demokratikus Köztársaság (KNDK) állampolgárai esetében alkalmazandó
3. Irak (47/1978.(X.4.) MT rendelet)
4. Jordánia (15/1981.(V.23.) MT rendelet)
5. Jugoszlávia utódállamai – Macedónia, Koszovó esetében alkalmazandó (1959.évi 20. tvr.)
6. Bosznia-Hercegovina (2009. évi II. törvény 12. cikke)
7. Montenegró (2008. évi LXXII. törvény 12. cikke)
8. Szerbia (2013. évi CCXXXIV. törvény 12. cikke)
9. Kuvait (33/1979.(X.14.) MT rendelet)
10. Szovjetunió utódállamai - csak Ukrajna esetében alkalmazandó (1963. évi 16. tvr.)

Egészségügyi együttműködési egyezmények alapján az ellátás dokumentálása

Sorszám	Ország	Állampolgárság	Szükséges iratok	Ellátás	Térítési kat.
1.	**Angola**	AGO	útlevél	sürgős	3
2.	**Észak-Korea (csak KNDK állampolgárai)**	PRK	útlevél	sürgős	3
3.	**Irak**	IRQ	útlevél	sürgős	3
4.	**Jordánia**	JOR	útlevél	sürgős	3
5.	**Kuvait**	KWT	útlevél	sürgős	3
6.	**Ukrajna**	UKR	útlevél	sürgős	3
7.	**Koszovó**	UNK	útlevél	sürgős	3
8.	**Macedónia**	MKD	útlevél	sürgős és tervezett	E
9.	**Montenegró**	MNE	CG/HU 111 nyomtatvány	sürgős	E
10.			CG/HU 112 nyomtatvány	tervezett	E
11.	**Bosznia-Hercegovina**	BIH	BH/HU 111 nyomtatvány	sürgős	E
12.			BH/HU 112 nyomtatvány	tervezett	E
13.	**Szerbia**	SRB	SRB/HUN 111 nyomtatvány	sürgős	E
14.			SRB/HUN 112 nyomtatvány	tervezett	E
A fentiektől eltérő feltételekkel igénybevett egészségügyi ellátás térítésköteles.					4

11 számú melléklet

FELVILÁGOSÍTÁS
a tervezett ellátás várható költségéről

Beteg neve: .....
Születési idő: .....év.....hó .....nap
Állampolgárság: .....
Lakcím: .....
Dokumentum: (útlevél, személyi igazolvány, jogosítvány, biztosítási kártya).....

Tisztelt Betegünk!
A magyarországi biztosítással vagy egészségügyi ellátásra vonatkozó 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!

Kelt, 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

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. A tanú saját kezű aláírása:	2. A tanú saját kezű aláírása:
_____	_____
A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:	A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:
_____	_____
A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:	A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:
_____	_____

12. számú melléklet

INFORMATION
About the costs of the planned supply

Patient's name:.....
Date of birth:.....year ..... month .....day
Citizenship:.....
Address:.....
Document (Passport, ID card, driver's license, Insurance card):.....

Dear Patient,
In case of Patients do not have Hungarian insurance or contract concerning medical supply, costs of supply will be charged on the concerned Patient or the Patient's insurer. To determine the charge the Hospital transpireson the basis of „Medical services' costs regulation".
In compliance with this the cost of Your treatment will be approximately.....HUF

Thank You for your faith!

Date: 20..... year ..... month .....day

.....
Signature of the informing doctor

I acknowledge the above, I accept the offered treatment and I undertake all the costs of my supply.

.....
Signature of the Patient

In our presence as witnesses - Witness's name and address (written by own hands, legibly)

Witness1: ..... Witness2:.....
Name:..... Name:.....
address..... Address:.....
Please fill in 2 copies
Copy1: Patient
Copy2: Patient Documentation

13. sz. melléklet

INFORMATION
von den eventuellen Kosten der geplanten Versorgung

Name des Kranken: .....
Geburtszeit: Jahr: ..... Monat: .....Tag: .....
Staatsbürgerschaft: .....
Adresse: .....
Dokument: (Reisepass, Ausweis, Führerschein, Versicherungskarte) .....

Geehrter Patient,
die Kosten der Versorgung der Patienten, die keine Versicherung oder keinen Vertrag bezüglich der ärztlichen Behandlung in Ungarn haben, müssen von dem Patienten selbst getragen werden. Die Kosten werden nach der aktuellen Regelung des Krankenhauses bestimmt. In diesem Sinne betragen Ihre Kosten für die Behandlung :.....HUF.

Wir bedanken uns bei Ihnen, unser Krankenhaus mit Ihrem Vertrauen geehrt zu haben.

Datum: Tag: ..... Monat: ..... Jahr: .....

.....
Unterschrift des Informierenden
P.H

Ich habe Notiz von den obengenannten genommen, ich akzeptiere die angebotene Behandlung, und ich übernehme die Kosten, die im Laufe meiner Versorgung entstehen.

.....
Unterschrift des Kranken

Vor uns,als Zeugen - Der Name und die Adresse des Zeugen waren handschriftlich, bereitwillig
1.Zeuge: ..... 2. Zeuge: .....
(Name) (Name) ....
Adresse Adresse
In 2 Exemplaren auszufüllen
1. Exemplar: Patient
2. Exemplar: Krankendokumentation

14. számú melléklet

NYILATKOZAT EU ÁLLAMPOLGÁR TÉRÍTÉSMENTES ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELÉRŐL

Alulírott az Európai Unió tagállamának állampolgára elismerem, hogy az Ajkai Magyar Imre Kórház .....osztályán /egységében kapott kezelést úgy vettem igénybe, hogy 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 ellátás igénybevételéhez szükséges Európai Egészségbiztosítási Kártya másolatát, vagy az Európai Egészségbiztosítási Kártyát Helyettesítő Igazolást, illetve az ellátásra való jogosultságot igazoló nyomtatványt kitöltve fax útján, vagy e-mail-ben és ajánlott levélben is eljuttatom a
Tudomásul veszem, hogy a vállalt határidő eredménytelen lejárta után köteles vagyok a Kórház által kiállított számla alapján az ellátás költségeit az erről szóló értesítés kézhez vételétől számított 8 napon belül a Kórház pénztárába befizetni, vagy a Kórház Magyar Államkincstárnál vezetett 10048005-00324429-00000000 számú (SWIFT kód: MANEHUHB; IBAN kód: HU 16 1004 8005 0032 4429 0000 0000) számlájára átutalni. Ennek elmaradása esetén a Kórház a követelését jogi úton érvényesíti az eljárás költségeivel egyetemben.

BETEGADATOK

Név (vezetéknév, keresztnév): ....
Ország: .....Város:.....
Utca, házszám:.....

BIZTOSÍTÁSI ADATOK:

Költségviselő: .....
Költségviselő címe: .....
Biztosítás kezdete: .....
Biztosítási ügyintéző elérhetősége: .....

Kelt, 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. A tanú saját kezű aláírása:	2. A tanú saját kezű aláírása:
_____	_____
A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:	A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:
_____	_____
A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:	A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:
_____	_____

15. számú melléklet

STATEMENT OF EU CITIZEN'S FREE OF CHARGE SUPPLY TAKING

I, the undersigned citizen of the European Union's member state, admit that I took treatment that I got in ..... department of St. Pantaleon Hospital-Clinic in Dunaújváros as I could not prove my entitlement to the free of charge supply at the beginning of the treatment and during its entire period. Therefore, with this statement, I oblige myself to send the necessary filled documents for taking the free of charge supply; the copy of the European Health Insurance Card or the replacement certificate of the European Health Insurance Card and the justificative form of the entitlement to the supply, within 15 (fifteen) calendar days by fax or in e-mail with registered letter to the address of Ajkai Magyar Imre Kórház 1. Korányi F. Street, Ajka 8400 Tel: 06-88/521-800, email: korhazig@korhazajka.hu

I recognize that after the undertaken deadline's unsuccesful expirition, I am obliged to pay in-in virtue of the written out bill by the hospital- the cost of the supply within 8 days after receiving the notification about it to the Hospital's financial office or transfer it to the Hospital's account at Hungarian State Treasury: 10048005-00324429-00000000 (SWIFT code: MANEHUHB; IBAN code: HU 16 1004 8005 0032 4429 0000 0000)

In case of default the Hospital is going to enforce its habilities in judical way together with the expenses of the procedure.

PATIENT'S DETAILS:

Name (last name, first name):.....

Country:..... City:.....

Street, number:.....

INSURANCE DETAILS:

Who bears the expenses:.....

Address of expense-bearer:.....

Beginning of the insurance:.....

Accessibility of the insurance administrator:.....

Date: 20..... year ..... month ..... day

I recognized and understood the above in the language I speak. I fully take responsibility for the things are therein contained.

.....

Signature of the Patient

Enclosures: copy of Passport, copy of ID card, copy of Driver's license (Please underline the suitable part)

In our presence as witnesses - Witness's name and address (written by own hands, legibly)

Witness1: ..... Witness2:.....

NameName ....

address address .....

Please fill in 2 copies:

Copy1: Patient;

Copy2: Patient Documentation

16. számú melléklet

Die Erklärung über die Beanspruchung von EU Staatsbürgern/Staatsbürgerinnen von gebürfreier Versorgung

Unterzeichnender, der Bürger des Mitgleidstaates von der Europäischen Union bestätige, dass ich im Ajkai Magyar Imre Kórház in der Abteilung von..... eine Behandlung bekommen habe, so dass ich zur Zeit des Beginns der Behandlung und während der ganzen Zeitdauer der kostenlosen ärztlichen Behandlung nicht im Stande gewesen bin, meinen Anspruch darauf zu rechtfertigen. Deshalb nötige ich mich dazu, mit meiner gegenwärtigen Behauptung innerhalb von 15 Kalendertagen die Kopie einer europäischen Krankenversicherungskarte oder eine Bestätigung der Krankenkasse per Fax oder in E-Mail oder in einem Einschreibebrief dem - Ajkai Magyar Imre Krankenhaus auf die Adresse von Ajkai Magyar Imre Kórház, 8400 Ajka, Korányi F. straße 1, Tel: 06-88/521-800, email: korhazig@korhazajka.hu
zu schicken. Ich nehme Notiz davon, dass ich gestützt auf der Rechnung obligatorisch bin, die vom Krankenhaus nach dem unfruchtbaren Ablauf des übernommenen Termins die Kosten der Versorgung, innerhalb von 8 Tagen in die Kasse des Krankenhauses zu bezahlen, sind Sie derjenige mit 10048005-00324429-00000000 számú (SWIFT code: MANEHUHB; IBAN code: HU 16 1004 8005 0032 4429 0000 0000) oder auf Ihr Konto zu überweisen. Das Krankenhaus lässt seinen Anspruch auf einem gesetzlichen Weg zusammen mit den Ausgaben des Verfahrens im Falle des Zeitabstandes eintreiben.

KRANKENANGABEN
Name (Vorname, Nachname) :.....
Land: ..... Stadt: .....
Straße,Hausnummer: .....
VERSICHERUNGSDATEN:
Aufwand-Träger: .....
Adresse des Aufwand-Trägers: .....
Der Anfang einer Versicherung: .....
Eine Verfügbarkeit eines Versicherungsverwalters: .....
Datum: Tag:.....Monat:..... Jahr: .....
Ich habe den Inhalt eines gegenwärtigen Dokumentes auf der von mir gesprochenen Sprache erkannt, und ich habe verstanden. Ich trage Verantwortung dafür, was darin erwähnt ist.
.....
Unterschrift des Kranken
Einschließungen: Reisepass-Kopie, Ausweiskopie, Führerschein-Kopie.
Vor uns,als Zeugen - Der Name und die Adresse des Zeugen waren handschriftlich, bereitwillig

1.Zeuge: ..... 2. Zeuge: .....
(Name) (Name) ....
Adresse Adresse
In 2 auszu füllenden Exemplaren:
1.Exemplar: Patient;
2.Exemplar: Krankendokumentation

17. számú melléklet

ELISMERVÉNY

Alulírott .....
(születési hely .....születési idő .....
lakcím.....
ország, utca, házszám, irányítószám, város .....
a biztosító neve és címe .....
biztosítás száma .....
elismerem, hogy .....tól .....ig
(nap, hónap, év) összesen ..... napot az Ajkai Magyar Imre Kórházban 8400, Ajka, Korányi F. u. 1. gyógykezelés alatt álltam.

A kórházból való távozásom alkalmával a csatolt „ADATLAP" szerinti kezelési és ápolási költségeket nem térítettem meg, azonban vállalom, hogy azt 15 naptári napon belül a Kórház pénztárába befizetem, vagy a Kórház Magyar Államkincstárnál vezetett 10048005-00324429-00000000 számú (SWIFT kód: MANEHUHB; IBAN kód: HU 16 1004 8005 0032 4429 0000 0000) számlájára átutalom.
Ennek elmaradása esetén tudomásul veszem, hogy tartozásom jogi úton történő behajtását a kórház kezdeményezi és az eljárás költségeit is rám terheli.

.....
szolgáltatást igénybevevő aláírása

.....
útlevél száma

Dátum: 20.....év ..... hó ..... nap

.....
kezelőorvos aláírása
PH.

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:	A tanú saját kezű aláírása:
_____	_____
A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:	A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:
_____	_____
A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:	A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:
_____	_____

18. számú melléklet

RECEIPT

Undersigned.....
Place of birth.....date of birth.....
Address.....
country, street, number, postcode, city .....
name and address of insurer.....
number of insurance.....
I confirm that from ..... to .....
(day, month, year) I was under tratment for ..... days at Ajkai Magyar Imre Kórház 1. Korányi F. Street, Ajka 8400.

I did not pay the costs of the treatment and medical attendance as started in the 'DATA CARD' – which I got when I left the Hospital- but I undertake that I am going to pay it into the hospital's financial office or I am going to transfer it to the Hospital's account at Hungarian State Treasury 10048005-00324429-00000000 számú (SWIFT code: MANEHUHB; IBAN code: HU 16 1004 8005 0032 4429 0000 0000) In case of default I take full recognition of the hospital's initiating to make me pay it back in a judical way charged with the expenses of the procedure.

.....
Signature of the user of the service

.....
Passport number

Date: 20.. year ..... month .....day

.....
Signature of the doctor

In our presence as witnesses - Witness's name and address (written by own hands, legibly)
Witness1: ..... Witness2:.....
Name Name ....
address address
Made in 3 copies:
Copy1: Financing Department;
Copy2: Patient Documentation;
Copy3: Patient

19. számú melléklet

BESCHEINIGUNG

Unterzeichnender .....
Geburtsort: .....Geburtszeit: .....
Adresse: .....
Land,Straße,Hausnummer,Postleitzahe,Stadt .....
Name und Adresse der Versicherung .....
Die Nummer der Versicherung) .....
Ich anerkenne es, ...von .....bis
(Tag, Monat, Jahr) das zusammen ..... Tage in dem Ajkai Magyar Imre Kórház, Ajka, Korányi F. Straße 1.-unter einer Behandlung gestanden zu haben.

Ich habe die Dienst- und die Nahrauskosten gemäß dem beigefügten Datenblatt vom Krankenhaus nicht zurückgezahlt, ich erbiete mich, es in die Kasse des Krankenhauses innerhalb von 15 Kalendertagen jedoch einzuzahlen. Sie sind derjenige mit 10048005-00324429-00000000 számú (SWIFT code: MANEHUHB; IBAN code: HU 16 1004 8005 0032 4429 0000 0000) Oder ich übertrage es auf Ihre Rechnung. Ich nehme Notiz von der Tatsache, dass das Krankenhaus die Kosten gesetzlich eintreiben kann, und ich auch die Kosten dieser Eintreibung übernehmen muss.

.....
Unterschrift des Kranken

.....
Nummer des Passports

Datum: Tag: ..... Monat: ..... Jahr: .....

.....
Unterschrift eines medizinischen Begleiters
PH.

Vor uns,als Zeugen - Der Name und die Adresse des Zeugen waren handschriftlich, bereitwillig
1.Zeuge: ..... 2.Zeuge: .....
Name Name ....
Adresse Adresse
In 3 Exemplaren
1. Exemplar : Finanzverwaltungsabteilung
2. Exemplar :Krankendokumentation
3. Exemplar :Patient

Ajkai Magyar Imre Kórház	**Az intézet térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások szabályzata**

Tételes elszámolású lap

1.sz. Adatlap

MUNKASZÁM:.....
Szolgáltatást igénybe vevő neve:.....
címe:.....

Aktív fekvőbeteg ellátás keretében nyújtott szolgáltatások:

Osztály	Szolgáltatás megnevezése	Teljesítmény mennyisége	Teljesítmény értéke	Térítési díj értéke*
		HBCs	HUF	HUF
1. Összesen:				

*Térítési díj: Aktuális HBCS besorolás * 420.000 Ft

Krónikus fekvőbeteg ellátás keretében nyújtott szolgáltatások:

Osztály	Teljesítmény mennyisége		Teljesítmény értéke	Térítési díj értéke*
	Ápolás nap	Súlyozott krónikus nap	HUF	HUF
2. Összesen:				

*Térítési díj: Igénybe vett ápolási napok száma * 19.800 Ft

Járóbeteg ellátás keretében nyújtott szolgáltatások:

Szolgáltató egység megnevezése	Szolgáltatás megnevezése	Teljesítmény mennyisége	Teljesítmény értéke	Térítési díj értéke*
		németpont	HUF	HUF
3. Összesen:				

*Térítési díj: Az ellátás összesített WHO pontszáma * 8,4 Ft

Egyéb szolgáltatások (Önköltségszámítási Szabályzat szerint):

Szolgáltatás megnevezése	Nettó	ÁFA	Térítési díj értéke Bruttó
	HUF	HUF	HUF
4. Összesen			

	Nettó	
	ÁFA (4.)	
Teljes térítési díj (1.+2.+3.+4.)	Bruttó	

Ajka, 20.....

.....
betegfelvételi irodavezető