



Betegszállítási utalvány

Beteg neve:										Állampolgársága:														
TAJ:					Személyazonosító igazolvány típusa:																			
Születési dátum:					év					hónap					nap					Beteg neve:				
Lakcím:					település										út/utca					hsz.				
Költségviselő:					<input type="checkbox"/> NEAK					<input type="checkbox"/> A beteg kérésére történő fizetésköteles szállítás					<input type="checkbox"/> Egyéb:									
Egyéb költségviselő címe																								

Térítési kategória:

<input type="checkbox"/> magyar biztosítás alapján végzett térítésmentes ellátás (01)	<input type="checkbox"/> államközi szerződés alapján végzett sürgős ellátás (03)	<input type="checkbox"/> egyéb, magyar eü. ellátásra nem jogosult személy térítésköteles ellátása (04)
<input type="checkbox"/> fekvőbeteg részére végzett ellátás (06)	<input type="checkbox"/> külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása (09)	<input type="checkbox"/> befogadott külföldi állampolgár (0A)
<input type="checkbox"/> menekült, menedékes státuszt kérelmező (0D)	<input type="checkbox"/> elszámolásra vonatkozó nemzetközi szerződés/közösségi szabály alapján történő ellátás (0E)	<input type="checkbox"/> harmadik országbeli állampolgár ellátása (0H)
<input type="checkbox"/> Magyarország területén tartózkodó beteg, más forrásból meg nem térülő sürgős ellátása (0S)	<input type="checkbox"/> uniós beteg részére, határon átnyúló eü.-i ellátás keretében végzett ellátás (0T)	<input type="checkbox"/> várólista csökkentési többlet forrás terhére történő ellátás (0X)

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 igénybevételéből 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:	Szervezeti egység kódja:																								
Hova szállítandó:	Szervezeti egység kódja:																								
Helybiztosítás:	<input type="checkbox"/> nincs					<input type="checkbox"/> van:																			
Sürgősség:	<input type="checkbox"/> 6 órán belül					<input type="checkbox"/> 24 órán belül					<input type="checkbox"/> időre kért szállítás														
Beérkezés kért időpontja:					év					hó					nap					óra					perc

Teljesítés módja:	<input type="checkbox"/> ülve					<input type="checkbox"/> fekve					<input type="checkbox"/> egyedileg					<input type="checkbox"/> más beteggel együtt									
Kíséret igénye:	<input type="checkbox"/> nem szükséges										<input type="checkbox"/> betegkísérő														
Megrendelő orvos/intézmény:	Neve:										Pecsétszám:														
	Szervezeti egység kódja:																								
A megrendelés időpontja:					év					hó					nap					óra					perc

.....
megrendelő orvos aláírása és bélyegzője