## Betegszállítási utalvány

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Beteg neve: | | | | | | | | | | | | | | | | | Állampolgársága: | | | | | | |
| TAJ: |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | Személyazonosító igazolvány típusa: | | | | | | | |  | | | |
| Születési dátum: | | |  |  |  |  | év | | |  | |  | hónap |  |  | nap | | Beteg neme: | | | |  | |
| Lakcím: |  |  |  |  |  | | | | | | | | település |  | | | | | út/utca | |  | | hsz. |
| Költségviselő: | | NEAK | | | |  | A beteg kérésére történő fizetésköteles szállítás | | | | | | | Egyéb: | | | | | | | | | |
| Egyéb költségviselő címe | | | | | |  |  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | |

**Térítési kategória:**

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

**A szállítás indoka:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a beteg csak speciális testhelyzetben szállítható | mozgásában korlátozott, járóképtelen | ellátásának eredményességét a szokványos közlekedési eszközök igénybevételéből eredő késedelem vagy más tényező veszélyeztetné |
| egészségi állapota kizárja a szokványos közlekedési eszközök használatát | fertőzésveszély |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diagnózis: |  | | | | | | | | | | | | | | BNO kód: | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
| Honnan szállítandó: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Szervezeti egység kódja: | | | | | | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | |
| Hova szállítandó: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Szervezeti egység kódja: | | | | | | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | |
| Helybiztosítás: | nincs | | | van: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sürgősség: | 6 órán belül | | | | | | 24 órán belül | | | | | | | | | | időre kért szállítás | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beérkezés kért időpontja: |  |  | év | |  |  | | hó | |  | |  | | nap | | | |  | |  | | | óra | | |  | |  | | | perc | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Teljesítés módja: | ülve | | | | fekve | | | | egyedileg | | | | | | más beteggel együtt | | | | | | | | | | | | |
| Kíséret igénye: | nem szükséges | | | | | | | | betegkísérő | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Megrendelő orvos/intézmény: | Neve: | | | | | | | | | | | Pecsétszám: | | | | | | | |  | | |  |  |  | |  |
| Szervezeti egység kódja: | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  |
| A megrendelés időpontja: |  |  | év |  | |  | hó |  | |  | nap | |  | |  | | óra | | | |  | | |  | | perc | |

…………………………………………………………………

megrendelő orvos aláírása és bélyegzője