## 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