

# NEMZETI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAPKEZELŐ



## Betegszállítási adatlap

Betegszállító állomás neve:				Szervezeti egység/állomás kódja:							
Betegszállító állomás NEAK kódja:				Napló tételszám/Sorszám:							
Beteg neve:						Állampolgársága:			Beteg neve:		
TAJ:						Személyazonosító igazolvány típusa:					
Születési dátum:				év		hó		nap		BNO:	
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)

HONNAN:				SZÁLLÍTANDÓ				HOVÁ:			
Megrendelő orvos/intézmény:		Neve:				Pecsétszáma:					
		Szervezeti egység kódja:									
A megrendelés időpontja:		év		hó		nap		óra		perc	
Sürgősség:		<input type="checkbox"/> 6 órán belül		<input type="checkbox"/> 24 órán belül		<input type="checkbox"/> időre kért szállítás					
Időre kért szállítás esetén a beérkezés ideje:		év		hó		nap		óra		perc	
Teljesítés módja:		<input type="checkbox"/> ülve		<input type="checkbox"/> fekvve		<input type="checkbox"/> egyedileg		<input type="checkbox"/> más beteggel együtt			
Kíséret igénye:		<input type="checkbox"/> nem szükséges				<input type="checkbox"/> betegkísérő					

Gépkocsi rendszáma				Ápoló/betegkísérő neve				Gépkocsivezető neve			

Kivonulás adatai	Km-óra állása	Időpont		A beteg ..... miatt továbbszállítandó. ..... továbbszállítást elrendelő orvos aláírása és bélyegzője
Állomásra érkezéskor		óra	perc	
Átadás helyére érkezéskor		óra	perc	
Helyszínről induláskor		óra	perc	
A beteg felvételi helyére érkezéskor		óra	perc	
Állomásról induláskor		óra	perc	
Összes megtett út (km)				
Szállítás típusai		<input type="checkbox"/> egyedi <input type="checkbox"/> kapcsolt		

A szállítás időpontja:		év		hó		nap		óra		perc	
Átvétel időpontja:		év		hó		nap		óra		perc	
Átvevő intézmény:		Neve:									
		Szervezeti egység kódja:									